Présentation

Fichier PDF de la nomenclature pratique des actes en Médecine Générale

Version : 1.8

NGAP, CCAM, parcours de soins, bientôt codage des actes cliniques...

Cet outil est destiné à faciliter l'utilisation de la nomenclature des actes par les médecins généralistes, notamment sur feuilles de soins papier, mais aussi d'une manière plus générale ; en effet, les médecins généralistes utilisent peu leur nomenclature dans sa diversité, souvent faute de s'y retrouver ; les nouvelles modalités ne facilitent certes pas la tâche...

Ce fichier a été conçu par un médecin membre du SNJMG qui le met à disposition sur son site :

http://www.snjmg.org/

Copyright

Cet outil est amélioré au fur et à mesure du temps disponible et de vos éventuelles remarques, pour le service de tous les médecins généralistes. Merci donc d'avance de vos contributions.

Sommaire

Sommaire

Mode d'emploi et légende

Recherche d'un acte

Actes peu ou pas tarifés

Tiers payant : calcul de la tarification selon les situations

Indemnités kilométriques : tableau de calcul

Majorations et modificateurs : tableau avec règles de cumuls d'actes

Rémunération forfaitaires : récapitulatif

Gardes : synthèse du codage et des tarifs

Parcours de soins : aide au codage et à la tarification

Feuilles de soins papier : mode d'emploi du remplissage

Copyright

Mode d'emploi

■ Les actes sont répertoriés par grands types d'actes (consultations, gynécologie, sutures, etc)., chacun rangés selon la situation dans laquelle ils sont effectués (jour ouvrable, garde, visite, visite en urgence pendant les heures ouvrables de consultation).

■ Recherche d'un acte = plusieurs possibilités :

- Par l'index des actes
- Par les signets du panneau de navigation (à gauche de l'écran).
- Par la fonction "Rechercher" de la barre d'outils du lecteur de PDF.

■ Pour ajuster la largeur des pages à la résolution de votre ordinateur et pour une meilleure lisibilité des items, réglez le zoom dans votre barre d'outil.

■ Légende des situations :

- bleu clair = jour ouvrable
- vert amande = dimanche, samedi après-midi (départements où l'arrêté "avenant 27" est signé) ou jour férié
- vert vif = samedi après-midi si l'arrêté préfectoral n'est pas signé, garde de jour non régulée
- gris clair = nuit de 20h à minuit et 6h à 8h
- gris foncé = nuit profonde de minuit à 6h

■ N'oubliez pas la cotation MU pour les déplacements en urgence pendant les consultations en journée.

■ N'oubliez pas la cotation MCG de coordination pour les consultations effectuées chez un patient dont vous n'êtes pas le médecin traitant (avec retour d'information au médecin traitant).

■ Les actes qui, pourtant intégrés dans une consultation, ont un tarif inférieur à C mais ne sont pas cumulables avec C, sont inscrits en **police de couleur rouge**. Mieux vaut alors coter C…

■ Pour certains actes, qui pourtant pourraient le justifier, les *modificateurs* de dimanche ou de nuit (F, S, P) ont été oublié par la CCAM ; ces actes, cependant majorés dans les tableaux, sont alors inscrits en grisé.
En revanche, rien n'interdit d'ajouter s'il y a lieu les *majorations* prévues pour les gardes *régulées* (CRD, CRN, CRM, VRD, VRN, VRM).

■ Les actes répertoriés couvrent la majorité de ce qui est faisable dans les conditions d'exercice habituelles d'un cabinet libéral de médecine générale en France.

Pour en ajouter d'autres, la liste complète des actes en CCAM se trouve sur le site de l'Assurance Maladie (http://www.ameli.fr/) à l'adresse :
http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/ccam/telecharge/index_tele.php?p_site=AMELI

■ Vu leur nature en médecine générale, certains actes répertoriés sont considérés d'emblée être effectués en urgence au cabinet; le modificateur M est donc systématiquement associé à leur cotation s'il y a lieu.

■ Bon usage du remplissage des feuilles de soins papier : on ne doit pas noter sur la même ligne un acte en CCAM (classification commune des actes médicaux) et un autre acte ou une majoration issus de la NGAP (nomenclature générale des actes médicaux). Il faut donc parfois coter sur deux ou plusieurs lignes pour une même facturation. D'autres règles sont à respercter.
Pour faciliter la tâche, les tableaux se présentent pour chaque acte comme une feuille de soins papier pré-remplie telle qu'il est d'usage, cotations et tarifs à recopier exactement.

Démonstration par l'exemple : Bon usage des feuilles de soins.

■ Ce dossier met à disposition :

- une synthèse des tarifs des modificateurs et majorations d'actes avec les règles de cumuls d'actes
- Une aide au codage du parcours de soins
- un petit mode d'emploi du remplisage des feuilles de soins papier
- un tableau des rémunérations forfaitaires
- un tableau de calcul du reste à charge en tiers payant selon chaque situation
- un tableau des indemnités kilométriques
- des liens vers des outils d'aide à la pratique de certains actes techniques

© SNJMG Copyright

Index des actes

Cliquer dans la case correspondant à l'acte et à sa situation

(1) (2)

Consultation	**Cabinet**	**Jour ouvrable**	**Dimanche Samedi après-midi Férié**	**Nuit 20h - minuit**	**Nuit Minuit - 6h**	***Samedi après-midi (2) Garde non régulée (8h - 20h)***
	Visite	**Jour ouvrable**	**Dimanche Samedi après-midi Férié**	**Nuit 20h - minuit**	**Nuit Minuit - 6h**	***Samedi après-midi (2) Garde non régulée (8h - 20h)***
	Visite	**en urgence**				
ECG	**Cabinet**	**Jour ouvrable**	**Dimanche Samedi après-midi Férié**	**Nuit 20h - minuit**	**Nuit Minuit - 6h**	***Samedi après-midi (2) Garde non régulée (8h - 20h)***
	Visite	**Jour ouvrable**	**Dimanche Samedi après-midi Férié**	**Nuit 20h - minuit**	**Nuit Minuit - 6h**	***Samedi après-midi (2) Garde non régulée (8h - 20h)***
	Visite	**en urgence**				
Urgence-Réanimation	**Cabinet**	**Jour ouvrable**	**Dimanche Samedi après-midi Férié**	**Nuit 20h - minuit**	**Nuit Minuit - 6h**	***Samedi après-midi (2) Garde non régulée (8h - 20h)***
	Visite	**Jour ouvrable**	**Dimanche Samedi après-midi Férié**	**Nuit 20h - minuit**	**Nuit Minuit - 6h**	***Samedi après-midi (2) Garde non régulée (8h - 20h)***
	Visite	**en urgence**				
Gynécologie	**Cabinet**	**Jour ouvrable**	**Dimanche Samedi après-midi Férié**	**Nuit 20h - minuit**	**Nuit Minuit - 6h**	***Samedi après-midi (2) Garde non régulée (8h - 20h)***
	Visite	**Jour ouvrable**	**Dimanche Samedi après-midi Férié**	**Nuit 20h - minuit**	**Nuit Minuit - 6h**	***Samedi après-midi (2) Garde non régulée (8h - 20h)***
	Visite	**en urgence**				
Neuropsychiatrie	**Cabinet**	**Jour ouvrable**	**Dimanche Samedi après-midi Férié**	**Nuit 20h - minuit**	**Nuit Minuit - 6h**	***Samedi après-midi (2) Garde non régulée (8h - 20h)***
	Visite	**Jour ouvrable**	**Dimanche Samedi après-midi Férié**	**Nuit 20h - minuit**	**Nuit Minuit - 6h**	***Samedi après-midi (2) Garde non régulée (8h - 20h)***
	Visite	**en urgence**				
Verrues, naevus, etc.	**Cabinet**	**Jour ouvrable**	**Dimanche Samedi après-midi Férié**	**Nuit 20h - minuit**	**Nuit Minuit - 6h**	***Samedi après-midi (2) Garde non régulée (8h - 20h)***
Evacuation de collection, abcès	**Cabinet**	**Jour ouvrable**	**Dimanche Samedi après-midi Férié**	**Nuit 20h - minuit**	**Nuit Minuit - 6h**	***Samedi après-midi (2) Garde non régulée (8h - 20h)***
Brûlures	**Cabinet**	**Jour ouvrable**	**Dimanche Samedi après-midi Férié**	**Nuit 20h - minuit**	**Nuit Minuit - 6h**	***Samedi après-midi (2) Garde non régulée (8h - 20h)***
Ablation de corps étrangers	**Cabinet**	**Jour ouvrable**	**Dimanche Samedi après-midi Férié**	**Nuit 20h - minuit**	**Nuit Minuit - 6h**	***Samedi après-midi (2) Garde non régulée (8h - 20h)***
Orthopédie	**Cabinet**	**Jour ouvrable**	**Dimanche Samedi après-midi Férié**	**Nuit 20h - minuit**	**Nuit Minuit - 6h**	***Samedi après-midi (2) Garde non régulée (8h - 20h)***
Sutures	**Cabinet**	**Jour ouvrable**	**Dimanche Samedi après-midi Férié**	**Nuit 20h - minuit**	**Nuit Minuit - 6h**	***Samedi après-midi (2) Garde non régulée (8h - 20h)***
Divers : epistaxis, hématome unguéal, hémorroïdes, sondage, désensibilisation, bouchon d'oreille, audiométrie, examen de la vision, tamponnement nasal, etc.	**Cabinet**	**Jour ouvrable**	**Dimanche Samedi après-midi Férié**	**Nuit 20h - minuit**	**Nuit Minuit - 6h**	***Samedi après-midi (2) Garde non régulée (8h - 20h)***
	Visite	**Jour ouvrable**	**Dimanche Samedi après-midi Férié**	**Nuit 20h - minuit**	**Nuit Minuit - 6h**	***Samedi après-midi (2) Garde non régulée (8h - 20h)***
	Visite	**en urgence**				
Actes peu ou pas tarifés						

(1) Les tarifs de férié et de nuit répertoriés concernent les gardes *régulées*. Pour les tarifs en gardes non régulées : voir

(2) Le samedi après-midi bénéficie à présent des tarifs de garde régulée si l'arrêté préfectoral a été signé dans votre département. Si ce n'est pas le cas, les actes se cotent comme en garde de jour non régulée.

Consultation au cabinet médical

Journée ouvrable et samedi matin

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	frais de déplacement nbre	frais de déplacement I.K. montan 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Consultation			C		23,00					23,00	6,90
Consultation d'un nourrisson de moins de 2 ans (inclus)			C	MNO	28,00					28,00	8,40
Consultation d'un enfant entre 2 et 6 ans			C	MGE	26,00					26,00	7,80
Soins itératifs au cabinet par un médecin généraliste autre que le médecin traitant sous réserve de retour d'information au médecin traitant			C	MCG	26,00					26,00	7,80
Consultation pédiatrique périodique des nourrissons de 8 jours, 9 mois et 24 mois			C	FPE	28,00					28,00	8,40
Bilan de santé annuel ALD30				CA	26,00					26,00	7,80
Consultation pour accident de travail avec rédaction de certificat médical initial (ou de rechute) en cas de blessures légères (*)			C	K 0,4	23,77					23,77	7,13
Consultation pour accident de travail avec rédaction de certificat médical initial en cas de blessures graves (*)			C	K 0,7	24,34					24,34	7,30
Consultation pour accident de travail avec rédaction de certificat médical final (*)			C	K 1	24,92					24,92	7,48

(*) La cotation en K reste valable car elle est propre à l'assurance accident du travail, non à l'assurance maladie et à la convention.

ECG au cabinet médical

Journée ouvrable et samedi matin

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	frais de déplacement nbre	frais de déplacement I.K. montan 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
ECG	DEQP0037	1			13,52					36,52	10,96
			C		23,00						
ECG avec acte d'urgence/ réanimation	YYYY0101	1		M	74,88					81,64	24,49
	DEQP0037	1		2	6,76						

Acte d'urgence/réanimation au cabinet médical

[Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : - détresse respiratoire ; - détresse cardiaque ; - détresse d'origine allergique ; - état aigu d'agitation ; - état de mal comitial ; - détresse d'origine traumatique.]

Journée ouvrable et samedi matin

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	frais de déplacement nbre	frais de déplacement I.K. montan 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Acte d'urgence/réanimation au cabinet	YYYY0101	1		M	74,88					74,88	22,46
Acte d'urgence/ réanimation avec ECG	YYYY0101	1		M	74,88					112,32	33,70
	DEQP0037	1		2	37,44						

Gynécologie au cabinet médical

Journée ouvrée et Samedi matin

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	frais de déplacement nbre	frais de déplacement I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Prélèvement cervicovaginal (pour frottis cytologique) Informations	JKHD0001	1			9,64					9,64	2,89
Frottis unilatéral ou bilatéral d'un écoulement mamelonnaire	QEHP0002	1			13,26					13,26	3,98
Pose d'un dispositif intra-utérin Informations	JKLD0001	1			38,40					38,40	11,52
Changement d'un dispositif intra-utérin	JKKD0001	1			38,40					38,40	11,52
Ablation d'un dispositif intra-utérin par voie vaginale Informations	JKGD0004	1			0,00					0,00	0,00
Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale	JKGD0001	1			62,70					62,70	18,81
Pose de dispositif intravaginal (Pose de pessaire, de diaphragme, de cape cervicale)	JLLD0001	1			0,00					0,00	0,00
Pose d'implant contraceptif souscutané	QZLA0004	1			14,47					14,47	4,34
Ablation ou changement d'implant contraceptif souscutané	QZGA0002	1			41,80					41,80	12,54
Libération non chirurgicale de coalescence des petites lèvres de la vulve Informations	JMPP0001	1			31,35					31,35	9,41
Libération chirurgicale de coalescence des petites lèvres de la vulve Informations	JMPA0003	1			31,35					31,35	9,41
Incision de collection vulvopérinéale	JMPA0005	1			41,80					41,80	12,54
Incision de la glande vestibulaire majeure [de Bartholin] Informations	JMPA0001	1			50,47					50,47	15,14
Accouchement céphalique unique chez une primipare au cabinet Informations	JQGD0101	1			313,50					313,50	94,05
Accouchement céphalique unique chez une multipare au cabinet	JQGD0102	1			313,50					313,50	94,05
Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire (*)				FHV	100,00					191,74	57,52
				FMV	91,74						

(*) Le tarif est forfaitaire. Il inclut le prix des médicaments (à acheter et à délivrer par le médecin) [code= FMV ; *ne pas déclarer en honoraires*] et les 4 consultations du protocole [code = FHV] . Il n'inclut pas la première consultation de demande d'IVG.

La facturation se fait en une seule fois, lors de la 1ère consultation de délivrance de médicament (deuxième consultation du protocole).

Conditions de l'acte :

- le médecin effecteur doit passer une convention avec un établissement public ou privé autorisé à pratiquer des IVG (un exemplaire de cette convention devant être transmis, notamment, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, pour information).

- le médecin doit justifier d'une pratique régulière des IVG médicamenteuses attestée par le directeur d'établissement.

Neuropsychiatrie

Liens vers quelques tests d'évaluation psychopathologique ci-dessous

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Test d'évaluation d'un déficit cognitif Voir ci-dessous	A L Q P 0 0 6	1			69,12					69,12	20,74
Test d'évaluation d'une dépression (Évaluation par échelle psychiatrique MADRS, Hamilton, Beck, MMPI, STAI)	A L Q P 0 0 3	1			69,12					69,12	20,74
Test d'évaluation de l'efficience intellectuelle de l'adulte (Évaluation par test WAIS-R (QIP, QIV, QIG ou sub-tests), progressive matrice 38 [PM38], progressive matrice 47 [PM47], test D48 de Anstey)	A L Q P 0 0 5	1			69,12					69,12	20,74
Test d'évaluation de l'efficience intellectuelle de l'enfant (Évaluation par test Wisc-R, Binet-Simon révision Zazzo, WPPSI)	A L Q P 0 0 2	1			69,12					69,12	20,74
Test d'évaluation des aspects psychopathologiques de la personnalité (Évaluation par test MMPI, test de Rorschach, CAT, TAT)	A L Q P 0 0 4	1			69,12					69,12	20,74

Liste des tests d'évaluation d'un déficit cognitif tarifables :

Évaluation par Alzheimer disease assessment scale [ADAS], batterie d'évaluation cognitive [B.E.C.96], dementia rating scale de Mattis

Évaluation d'un syndrome frontal par Stroop test, tours de Hanoï ou de Londres, Wisconsin card sorting test, tests d'attention, trail making test, fluence verbale ou catégorielle, labyrinthe de Porteus, protocole de Luria

Évaluation d'un trouble de la mémoire par Weschler mémoire, Weschler mémoire révisé, batterie 144, test de Crovitz, California verbal learning test, les 15 mots de Rey, test de rétention visuel de Benton, test de Corsi, test de la figure complexe de Rey, les 15 signes de Rey, test de Grober-Buschke, test de reconnaissance mots/visage de Warrington

Évaluation d'un trouble du langage par token test, Binois-Pichot, batteries d'évaluation du langage (Boston, Montréal Toulouse, Ducarne de Ribaucourt), DO 80

Test d'évaluation de l'attention [TEA]

Évaluation de la négligence visuospatiale par tests de barrage, de bissection, d'évaluation de la somatognosie, test de Bisiach

Évaluation d'une agnosie visuelle ou visuospatiale par test de Poppelreuter, test de Hooper, test de direction des lignes de Benton, figures lacunaires, protocole d'examen des gnosies visuelles, test de Ghent, PRM de Rey

Avec ou sans : évaluation de la dépendance.

Liens vers quelques tests cotés :

Test de Hamilton	:	http://www.paris-nord-sftg.com/outils.hamilton.anxiete.0403.php
MADRS, Hamilton	:	http://www.ulb.ac.be/medecine/psymed/docu/echel.doc
Batterie d'évaluation cognitive [B.E.C.96]	:	http://www.orthogram.net/bec96.pdf
Les 15 mots de Rey	:	http://www.snjmg.org/doc_pdf/documents_nomenclature/15_mots_rey

Verrues et autres excroissances cutanées

N'oubliez pas le code "X" (= remboursement sous condition) de certains actes, sinon les patients ne seraient pas remboursés. En dermatologie dans ce chapitre, la condition est que l'acte soit à visée thérapeutique et non esthétique.

Journée ouvrée et Samedi matin

Actes	Feuille de soins — Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement : I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Séance de destruction de 1 à 10 lésions cutanées superficielles, par agent chimique ou par cryothérapie de contact (hors face)	QZNP0004	1		X	21,28					21,28	6,38
Séance de destruction de 1 à 10 lésions cutanées superficielles du visage, par agent chimique ou par cryothérapie de contact	QANP0007	1		X	28,80					28,80	8,64
Exérèse tangentielle de 1 à 20 molluscum contagiosum	QZFA0101	1		X	21,69					21,69	6,51
Exérèse tangentielle de 1 à 5 lésions cutanées	QZFA0281	1		X	25,00					25,00	7,50
Exérèse tangentielle de 6 lésions cutanées ou plus	QZFA0211	1		X	28,30					28,30	8,49
Exérèse de 1 à 5 lésions cutanées, par curetage	QZFA0131	1		X	23,03					23,03	6,91
Exérèse de 6 lésions cutanées ou plus, par curetage	QZFA0221	1		X	28,81					28,81	8,64
Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm2 (hors naevus ou tumeur maligne) (1) Vidéo du geste	QZFA0361	1		X	28,80					28,80	8,64
Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision de 2 à 5 zones cutanées de moins de 5 cm² (hors naevus ou tumeur maligne) (1)	QZFA0311	1		X	36,87					36,87	11,06
Exérèse de naevus ou tumeur maligne de moins de 5 cm2 (3) (1) Vidéo du geste	QZFA0361 FSD	1		X	28,80 35,00					63,80	19,14
Exérèse de 2 à 5 naevi ou tumeurs malignes de moins de 5 cm² (3) (1)	QZFA0311 FSD	1		X	36,87 35,00					71,87	21,56
Dermatoscopie pour surveillance de lésion à haut risque (antécédent de mélanome, syndrome du naevus atypique)	QZQP0011	1			54,10					54,10	16,23
Exérèse de lésion cutanée du sourcil (1) (4)	BAFA0121	1			33,44					33,44	10,03
Exérèse non transfixiante de lésion de la peau du nez ou de la muqueuse narinaire (1) (4)	GAFA0071	1			40,59					40,59	12,18
Exérèse non transfixiante de lésion de lèvre (1) (4)	HAFA0081	1			47,46					47,46	14,24
Exérèse partielle non transfixiante de l'auricule (1) (4)	CAFA0021	1			44,70					44,70	13,41
Exérèse de lésion de la peau du pénis, du gland et/ou du sillon balanoprépuțial, sans anesthésie générale ou locorégionale (2)	JHFA0151	1			36,85					36,85	11,06
Exérèse de lésion de la peau du pénis, du gland et/ou du sillon balanoprépuțial, avec anesthésie générale ou locorégionale (2)	JHFA0181	1			77,18					77,18	23,15
Destruction de lésion du gland et/ou du prépuce du pénis	JHNP0011	1			34,71					34,71	10,41
Exérèse de lésion vulvopérinéale (2)	JMFA0021	1			38,45					38,45	11,54
Destruction de moins de 10 lésions périnéales	JZNP0021	1			28,30					28,30	8,49
Destruction de 10 à 50 lésions périnéales	JZNP0011	1			45,45					45,45	13,64

(1) Eventuelle suture de la plaie incluse

(2) Cumul avec suture de la plaie non exclu (Acte le moins cher en second, tarifé à 50 %)

(3) "FSD" est le code du forfait sécurité dermatologie d'une valeur de 35€ ; ce forfait est facturable en sus de certains actes dermatologiques lorsqu'ils sont réalisés pour l'exérèse de un ou plusieurs nævus mélanocytaire(s) ou de une ou plusieurs tumeur(s) cutanée(s) maligne(s) ;

FSD peut être appliqué aux actes ci-dessus annotés (4)

(4) FSD (forfait sécurite dermatologie) possible

Collection : abcès, phlegmon, thrombose, kyste, lymphocèle... (*)

Journée ouvrée et Samedi matin

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	frais de déplacement nbre	frais de déplacement I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Évacuation de collection superficielle et/ou profonde de la peau et des tissus mous, par voie transcutanée sans guidage	QZJB002	1			23,59					23,59	7,08
Évacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct (hors face ou mains) — Vidéo du geste	QZJA009	1			26,60					26,60	7,98
Évacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct (hors face ou mains) puis fermeture par suture (< 3 cm) — Vidéo du geste	QZJA009	1		1	26,60					38,40	11,52
	QZJA002	1		2	11,80						
Évacuation de collection profonde de la peau, par abord direct (hors face ou mains) — Vidéo du geste	QZJA011	1			45,11					45,11	13,53
Évacuation de collection profonde de la peau, par abord direct (hors face ou mains) puis fermeture par suture (< 3 cm) — Vidéo du geste	QZJA011	1		1	45,11					56,91	17,07
	QZJA002	1		2	11,80						
Mise à plat de lésion infectieuse du cuir chevelu — Vidéo du geste	QAPA002	1			70,33					70,33	21,10
Mise à plat de lésion infectieuse du cuir chevelu puis fermeture par suture — Vidéo du geste	QAPA002	1		1	70,33					82,13	24,64
	QZJA002	1		2	11,80						
Évacuation de collection de l'auricule (éventuelle suture incluse)	CAJA001	1			36,85					36,85	11,06
Évacuation de collection de l'auricule puis hémostase secondaire	CAJA001	1		1	42,35					63,04	18,91
	CASA001	1		2	20,69						
Exérèse de lésion souscutanée du sourcil	BAFA010	1			37,76					37,76	11,33
Incision unilatérale ou bilatérale de collection de paupière (abcès, hématome, kyste) (éventuelle suture incluse)	BAPA002	1			62,70					62,70	18,81
Ponction ou cytoponction de lésion superficielle par voie transcutanée (sans précision topographique)	ZZHB001	1			19,20					19,20	5,76
Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	MZHB002	1			20,74					20,74	6,22
Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZHB002	1			22,76					22,76	6,83
Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZJB001	1			47,08					47,08	14,12
Incision ou excision d'un panaris superficiel	MJPA010	1			30,99					30,99	9,30
Exérèse partielle de l'appareil unguéal (Traitement des ongles incarnés sans panaris, de la mélanonychie)	QZFA039	1			29,34					29,34	8,80
Incision ou excision d'un panaris superficiel avec exérèse partielle ou totale de la tablette d'un ongle — Vidéo du geste	QZFA020	1		1	35,92					51,42	15,42
	MJPA010	1		2	15,50						
Incision ou excision d'un panaris superficiel avec exérèse totale de l'appareil unguéal — Vidéo du geste	QZFA029	1		1	38,79					54,29	16,29
	MJPA010	1		2	15,50						
Évacuation d'un hématome infra-unguéal, par voie transunguéale	QZJB001	1			10,62					10,62	3,19
Excision d'une thrombose hémorroïdaire — Vidéo du geste	EGFA007	1			62,70					62,70	18,81
Evacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe — Vidéo du geste	EGJA001	1			62,70					62,70	18,81
Incision de collection vulvopérinéale	JMPA005	1			41,80					41,80	12,54
Incision de la glande vestibulaire majeure [de Bartholin]	JMPA001	1			50,47					50,47	15,14
Ponction d'un épanchement péritonéal, par voie transcutanée (Ponction d'ascite)	HPHB003	1			24,51					24,51	7,35

Le terme "collection" comprend dans la CCAM :
- kyste de la peau et des tissus mous
- hématome de la peau et des tissus mous
- abcès de la peau et des tissus mous
- phlegmon de la peau et des tissus mous
- lymphocèle de la peau et des tissus mous

Created with http://www.snyngi.org

Brûlures

Attention : par une fâcheuse erreur des créateurs et négociateurs de la CCAM (dont des médecins !...), la CCAM ne cote *théoriquement* que les brûlures traitées au bloc opératoire ! En attendant que l'oubli soit réparé dans la CCAM, les protestations ont commencé à donner leurs fruits, puisque la "NGAP résiduelle" permet à présent de coter 2 actes en K (voir tableau ci-dessous). Pour le reste, les cotations en CCAM sont à utiliser ou non selon les conditions locales (accord solidaire entre médecins, accord des caisses) et personnelles (motivation à la lutte contre les absurdités et injustices administratives)...

Journée ouvrée et Samedi matin

Actes	Feuille de soins — Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de : I.D. / M.D. 2	frais de : nbre	frais de : I.K. mont. 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Nettoyage ou pansement d'une brûlure pour une surface de 10 cm² (hors face ou mains)				K9	17,28					17,28	5,18
Nettoyage ou pansement d'une brûlure pour une surface inférieure à 10% de la surface du corps (hors face ou mains)				K16	30,72					30,72	9,22
Nettoyage ou pansement d'une brûlure pour une surface de 10 cm² **de la face ou des mains**				K9 + K9/2	25,92					25,92	7,78
Nettoyage ou pansement d'une brûlure **de la face ou des mains** pour une surface inférieure à 10% de la surface du corps				K16 + K16/2	46,08					46,08	13,82
Pansement initial de brûlure (hors tête et mains) < 1% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 2 0 1				32,10					32,10	9,63
Pansement initial de brûlure (hors tête et mains) entre 1% et 10% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 0 5 1				49,79					49,79	14,94
Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique cf.	Q A J A 0 1 4 1				77,97					77,97	23,39
Pansement initial de brûlure sur 1 main cf.	Q C J A 0 0 3 1				66,46					66,46	19,94
Pansement initial de brûlure sur les 2 mains cf.	Q C J A 0 0 5 1				101,33					101,33	30,40
Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique et 1 main cf.	Q A J A 0 0 8 1				114,50					114,50	34,35
Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique et les 2 mains cf.	Q A J A 0 0 7 1				144,10					144,10	43,23
Pansement secondaire de brûlure (hors tête et mains) < 1% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 0 3 1				57,17					57,17	17,15
Pansement secondaire de brûlure (hors tête et mains) entre 1% et 10% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 1 0 1				57,17					57,17	17,15
Pansement secondaire de brûlure sur la face et la tête cf.	Q A J A 0 1 0 1				82,26					82,26	24,68
Pansement secondaire de brûlure sur 1 main cf.	Q C J A 0 0 4 1				74,86					74,86	22,46
Pansement secondaire de brûlure sur les 2 mains cf.	Q C J A 0 0 2 1				116,41					116,41	34,92
Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur l'extrémité céphalique et 1 main cf.	Q A J A 0 1 1 1				127,93					127,93	38,38
Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur l'extrémité céphalique et les 2 mains cf.	Q A J A 0 0 1 1				160,41					160,41	48,12

Ablation de corps étrangers (*)

Journée ouvrée et Samedi matin

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau (Hors face et mains)	QZGA0047	1			30,99					30,99	9,30
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau (Hors face et mains) puis fermeture par suture	QZGA0047	1		1	30,99					42,79	12,84
	QZJA0021	1		2	11,80						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau (Hors face et mains)	QZGA0077	1			52,23					52,23	15,67
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau (Hors face et mains) puis fermeture par suture	QZGA0077	1		1	52,23					64,03	19,21
	QZJA0021	1		2	11,80						
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau du visage ou des mains	QAGA0037	1			40,72					40,72	12,22
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau du visage puis fermeture par suture	QAGA0037	1		1	40,72					56,40	16,92
	QAJA0131	1		2	15,68						
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau de la main puis fermeture par suture	QAGA0037	1		1	40,72					52,52	15,75
	QZJA0021	1		2	11,80						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau du visage ou des mains	QAGA0027	1			63,75					63,75	19,13
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau du visage puis fermeture par suture	QAGA0027	1		1	63,75					79,43	23,83
	QAJA0131	1		2	15,68						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau des mains puis fermeture par suture	QAGA0027	1		1	63,75					75,55	22,66
	QZJA0021	1		2	11,80						
Ablation secondaire de corps étranger de la paupière	BAGA0011	1			31,72					31,72	9,52
Ablation secondaire de corps étranger de la paupière puis fermeture par suture	BAGA0011	1		1	31,72					44,54	13,36
	BACA0021	1		2	12,82						
Ablation de bouchon de cérumen ou de corps étranger du conduit auditif externe	CAGD0011	1			17,21					17,21	5,16
Ablation de corps étranger de la cavité nasale	GAGD0021	1			24,58					24,58	7,37

(*) À l'exclusion de l'ablation de corps étranger *récent* de la peau et des tissus mous *au cours* du parage d'une plaie, qui n'est pas cotable.

En revanche, rien n'interdit dans la CCAM le cumul de la suture qui referme la plaie à l'ablation de corps étranger "ancien".

Orthopédie (*) (**)

Journée ouvrée et Samedi matin

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Actes	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement — I.D. / M.D.	nbre	I.K. montant	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
		1							2		
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur Vidéo du geste	MZLB001	1			26,13					26,13	7,84
Infiltration thérapeutique du nerf médian dans le canal carpien Vidéo du geste	AHLB006	1			29,48					29,48	8,84
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur Vidéo du geste	NZLB001	1			30,82					30,82	9,25
Injection thérapeutique péridurale [épidurale] d'agent pharmacologique	AFLB007	1			44,90					44,90	13,47
Séance de mésothérapie à visée antalgique	ANLB003	1			0,00					0,00	0,00
Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	MZHB002	1			20,74					20,74	6,22
Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZHB002	1			22,76					22,76	6,83
Évacuation de collection articulaire du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	MZJB001	1			83,60					83,60	25,08
Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZJB001	1			47,08					47,08	14,12
Contention souple d'une articulation du membre supérieur	MZMP001	1		M	58,23					58,23	17,47
Confection d'une orthèse statique d'un doigt	MHMP007	1			38,40					38,40	11,52
Confection d'une orthèse statique de 2 doigts	MHMP002	1			38,40					38,40	11,52
Confection d'une orthèse statique de 3 doigts ou plus	MHMP003	1			38,40					38,40	11,52
Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt	MHEP002	1		M	60,32					60,32	18,10
Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du poignet et/ou de la main	MGMP001	1			34,82					34,82	10,45
Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de l'avant-bras, du poignet et/ou de la main ne prenant pas le coude	MZMP006	1		M	52,11					52,11	15,63
Confection d'un appareil rigide au poignet et/ou à la main pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	MZMP004	1		M	52,52					52,52	15,76
Confection d'un appareil rigide antébrachiopalmaire pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	MZMP013	1		M	55,40					55,40	16,62
Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture du coude	MFEP002	1		M	89,81					89,81	26,94
Réduction orthopédique d'une pronation douloureuse du coude	MFEP001	1			31,35					31,35	9,41
Réduction orthopédique d'une luxation scapulohumérale	MEEP002	1		M	63,08					63,08	18,92
Contention orthopédique uni ou bilatérale d'une fracture de clavicule	MADP001	1		M	68,68					68,68	20,60
Confection d'une contention souple de la cheville et/ou du pied, ou confection d'une semelle plâtrée **en situation d'urgence**	NGMP001	1		M	47,78					47,78	14,33
Confection d'une contention souple de la cheville et/ou du pied, ou confection d'une semelle plâtrée (geste prévu)	NGMP001	1			20,90					20,90	6,27
Confection d'un appareil rigide cruropédieux [jambopédieux] pour immobilisation initiale de fracture du membre inférieur, sans réduction	NZMP014	1		M	54,45					54,45	16,34
Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la jambe, de la cheville et/ou du pied ne prenant pas le genou (botte plâtrée) **en situation d'urgence**	NZMP003	1		M	54,45					54,45	16,34
Confection d'une botte plâtrée (geste prévu)	NZMP003	1			27,57					27,57	8,27
Confection d'une contention souple du genou	NFMP001	1		M	68,68					68,68	20,60
Réduction orthopédique d'une luxation temporomandibulaire unilatérale ou bilatérale	LBEP005	1			15,49					15,49	4,65
Réduction orthopédique de fracture de l'os nasal [des os propres du nez]	LAEP002	1			53,20					53,20	15,96
Prise en charge diagnostique (**avec radiographie**) et thérapeutique dans le même temps d'une lésion ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou des parties molles d'origine traumatique (médecin de montagne)	YYYY011 YYYY008	1 1			20,16 11,52					31,68	9,50

(*) Un soin technique d'orthopédie n'ayant pas cohérence à être effectué ailleurs qu'en structure médicale, la cotation en visite n'est délibérément pas mentionnée.

De plus, la tarification est alors moins intéressante qu'au cabinet, ne pouvant bénéficier de la majoration M.
Lorsque le soin a lieu en maison de retraite dans une pièce dédiée aux soins médicaux, on peut légitimement considérer qu'il s'agit d'une structure médicale...

(**) L'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.

Sutures (*)

Journée ouvrée et Samedi matin

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Parage ou suture de plaie superficielle inférieure à 3 cm (Hors face et zone pulpo-unguéale)	Q Z J A 0 0 2	1		M	50,47					50,47	15,14
Parage ou suture de plaie superficielle de 3 cm à 10 cm (Hors face et zone pulpo-unguéale)	Q Z J A 0 1 7	1		M	65,67					65,67	19,70
Parage ou suture de plaie superficielle de plus de 10 cm (Hors face et zone pulpo-unguéale)	Q Z J A 0 1 5	1		M	71,44					71,44	21,43
Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de moins de 3 cm de grand axe (hors face et main)	Q Z J A 0 1 6	1		M	72,81					72,81	21,84
Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe (hors face et main)	Q Z J A 0 1 2	1		M	80,21					80,21	24,06
Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de plus de 10 cm de grand axe (hors face et main)	Q Z J A 0 0 1	1		M	93,78					93,78	28,13
Parage ou suture de plaie de sourcil	B A C A 0 0 8	1		M	52,52					52,52	15,76
Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, sans atteinte du bord libre	B A C A 0 0 2	1		M	52,52					52,52	15,76
Parage ou suture d'une plaie de nez	G A J A 0 0 2	1		M	64,71					64,71	19,41
Parage ou suture d'une plaie superficielle de la face de moins de 3 cm	Q A J A 0 1 3	1		M	58,23					58,23	17,47
Parage ou suture d'une plaie superficielle de la face de 3 cm à 10 cm	Q A J A 0 0 5	1		M	83,22					83,22	24,97
Suture d'une plaie muqueuse intrabuccale	H A J A 0 1 0	1		M	50,18					50,18	15,05
Suture d'une plaie de la langue	H A J A 0 0 9	1		M	55,38					55,38	16,61
Parage et/ou suture de plaie cutanée non transfixiante de lèvre	H A J A 0 0 3	1		M	53,20					53,20	15,96
Parage et/ou suture de plaie cutanée transfixiante de lèvre	H A J A 0 0 6	1		M	65,54					65,54	19,66
Parage ou suture d'une plaie de l'auricule	C A J A 0 0 2	1		M	60,60					60,60	18,18
Parage ou suture d'une plaie de l'auricule avec hémostase secondaire	C A S A 0 0 1 C A J A 0 0 2	1 1		1 M 2	41,38 43,74					85,12	25,54
Parage ou suture d'1 plaie pulpo-unguéale	Q Z J A 0 2 2	1		M	91,32					91,32	27,40
Parage ou suture de plusieurs plaies pulpo-unguéales	Q Z J A 0 2 1	1		M	131,07					131,07	39,32
Couverture du lit de l'ongle par reposition de la tablette ou pose de prothèse provisoire (inclut la suture éventuelle)	Q Z M P 0 0 1	1			62,70					62,70	18,81

Les circonstances le justifiant le plus souvent, la majoration M (26,88 €) pour soins d'urgence faits au cabinet est systématiquement ajoutée aux sutures.

Cette majoration M nécessite théoriquement l'utilisation de matériel jetable pour les sutures, et n'est pas compatible avec la délivrance au patient d'une ordonnance de fourniture de matériel de suture.

D'autres actes s'accompagnant parfois de sutures sont recensés dans les rubriques correspondantes.

Une suture n'ayant pas cohérence à être effectuée ailleurs qu'en structure médicale, la cotation en visite n'est délibérément pas mentionnée.

De plus, la tarification est alors moins intéressante qu'au cabinet, ne pouvant bénéficier de la majoration M.

Lorsque la suture a lieu en maison de retraite dans une pièce dédiée aux soins médicaux, on peut légitimement considérer qu'il s'agit d'une structure médicale...

En cas de plaies multiples, additionner leur longueur.

Divers : epistaxis, hématomes, hémorroïdes, sondage, etc. au cabinet médical

Journée ouvrée et Samedi matin

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Séance d'injection d'extrait allergénique à concentration donnée pour désensibilisation spécifique, par voie souscutanée	F G L B 0 0 1	1			12,34					12,34	3,70
Ablation de bouchon de cérumen ou de corps étranger du conduit auditif externe	C A G D 0 0 1	1			17,21					17,21	5,16
Audiométrie tonale ou vocale (inclut l'ablation unilatérale ou bilatérale de bouchon de cérumen ou de corps étranger du méat acoustique externe.)	C D Q P 0 1 0	1			23,25					23,25	6,98
Examen de la vision binoculaire	B L Q P 0 1 0	1			25,32					25,32	7,60
Examen de la vision binoculaire avec exploration du sens chromatique [vision des couleurs] par épreuves pseudo-isochromatiques	B L Q P 0 1 0 B L Q P 0 0 8	1 1		1 2	25,32 9,03					34,35	10,30
Exploration du sens chromatique [vision des couleurs] par épreuves pseudo-isochromatiques	B L Q P 0 0 8	1			18,05					18,05	5,42
Exploration du sens chromatique [vision des couleurs] par assortiment	B L Q P 0 0 7	1			42,21					42,21	12,66
Exploration du sens chromatique [vision des couleurs] assistée par ordinateur avec enregistrement et mesures	B L Q P 0 1 6	1			38,53					38,53	11,56
Tamponnement nasal antérieur au cabinet	G A B D 0 0 2	1		M	51,02					51,02	15,31
Tamponnement nasal antérieur et postérieur au cabinet	G A B D 0 0 1	1		M	67,54					67,54	20,26
Ablation d'un corps étranger de la cavité nasale	G A G D 0 0 2	1			24,58					24,58	7,37
Libération d'adhérences du prépuce du pénis Informations	J H P A 0 0 3	1			0,00					0,00	0,00
Réduction manuelle d'un paraphimosis Informations	J H E P 0 0 1	1			0,00					0,00	0,00
Excision d'une thrombose hémorroïdaire Vidéo du geste	E G F A 0 0 7	1			62,70					62,70	18,81
Evacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe Vidéo du geste	E G J A 0 0 1 0				62,70					62,70	18,81
Évacuation d'un hématome infra-unguéal, par voie transunguéale	Q Z J B 0 0 1	1			10,62					10,62	3,19
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur Vidéo du geste	M Z L B 0 0 1	1			26,13					26,13	7,84
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur Vidéo du geste	N Z L B 0 0 1	1			30,82					30,82	9,25
Injection thérapeutique péridurale [épidurale] d'agent pharmacologique	A F L B 0 0 7	1			44,90					44,90	13,47
Séance d'acupuncture	Q Z R B 0 0 1	1			12,35					12,35	3,71
Évacuation de la vessie par cathétérisme transitoire [Sondage vésical évacuateur]	J D J D 0 0 1	1			16,78					16,78	5,03
Pose d'une sonde urétrovésicale [Sondage vésical à demeure] au cabinet	J D L D 0 0 1	1			14,73					14,73	4,42
Prélèvement de sang artériel, par voie transcutanée au cabinet	F E H B 0 0 1	1			9,60					9,60	2,88

Consultation au cabinet médical

Dimanche, samedi après-midi (arrêté départemental signé) et Férié, actes régulés CRD = 26,50 € VRD = 30 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement : I.D. / M.D. (2)	nbre	I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Consultation			C	CRD		49,50					49,50	14,85
Consultation d'un nourrisson de moins de 2 ans (inclus)			C	MNO	CRD	54,50					54,50	16,35
Consultation d'un enfant entre 2 et 6 ans			C	MGE	CRD	52,50					52,50	15,75
Soins itératifs au cabinet par un médecin généraliste autre que le médecin traitant sous réserve de retour d'information au médecin traitant			C	MCG	CRD	52,50					52,50	15,75
Consultation pédiatrique périodique NON COTABLE EN GARDE			C	FPE		26,00					26,00	7,80
Bilan de santé : NON COTABLE EN GARDE				CA		26,00					26,00	7,80

ECG au cabinet médical

Dimanche, samedi après-midi (arrêté départemental signé) et Férié, actes régulés CRD = 26,50 € VRD = 30 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement : I.D. / M.D. (2)	nbre	I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
ECG	D E Q P 0 0 3	1				13,52					63,02	18,91
			C	CRD		49,50						
ECG avec acte d'urgence/ réanimation	Y Y Y Y 0 1 0	1		M	1	74,88					108,14	32,44
	D E Q P 0 0 3	1			2	6,76						
				CRD		26,50						

Acte d'urgence/réanimation au cabinet médical

[Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : - détresse respiratoire ; - détresse cardiaque ; - détresse d'origine allergique ; - état aigu d'agitation ; - état de mal comitial ; - détresse d'origine traumatique.]

Dimanche, samedi après-midi (arrêté départemental signé) et Férié, actes régulés CRD = 26,50 € VRD = 30 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement : I.D. / M.D. (2)	nbre	I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Acte d'urgence/réanimation au cabinet	Y Y Y Y 0 1 0	1		M		74,88					101,38	30,41
				CRD		26,50						
Acte d'urgence/ réanimation avec ECG	Y Y Y Y 0 1 0	1		M	1	74,88					108,14	32,44
	D E Q P 0 0 3	1			2	6,76						
				CRD		26,50						

Gynécologie au cabinet médical

Dimanche et Férié, actes régulés CRD = 26,50 € VRD = 30 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement : I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montan 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Frottis : cotation en garde non prévue et sans intérêt tarifaire	J K H D 0 0 1	1			8,97					8,97	2,69
Pose d'un DIU : cotation sans objet en garde	J K L D 0 0 1	1			38,40					38,40	11,52
Changement d'un dispositif intra-utérin	J K K D 0 0 1	1		CRD	38,40 26,50					64,90	19,47
Ablation d'un dispositif intra-utérin par voie vaginale	J K G D 0 0 4	1		CRD	0,00 26,50					26,50	7,95
Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale	J K G D 0 0 1	1		CRD	62,70 26,50					89,20	26,76
Pose de dispositif intravaginal : cotation sans objet en garde	J L L D 0 0 1	1		CRD	0,00 26,50					26,50	7,95
Pose d'implant contraceptif souscutané	Q Z L A 0 0 4	1		CRD	13,63 26,50					40,13	12,04
Ablation ou changement d'implant contraceptif souscutané	Q Z G A 0 0 2	1		CRD	41,80 26,50					68,30	20,49
Lyse non chirurgicale de coalescence des petites lèvres de la vulve : cotation sans objet en garde (informations)	J M P P 0 0 1	1		CRD	31,35 26,50					57,85	17,36
Lyse chirurgicale de coalescence des petites lèvres de la vulve : cotation sans objet en garde (informations)	J M P A 0 0 3	1		CRD	31,35 26,50					57,85	17,36
Accouchement céphalique unique chez une primipare au cabinet	J Q G D 0 1 0	1		CRD	313,50					313,50	94,05
Accouchement céphalique unique chez une multipare au cabinet	J Q G D 0 1 2	1		CRD	313,50					313,50	94,05
Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire (*)				FHV FMV	100,00 91,74					191,74	57,52

(*) Le tarif est forfaitaire. Il inclut le prix des médicaments (à acheter et à délivrer par le médecin) [code= FMV ; *ne pas déclarer en honoraires*] et les 4 consultations du protocole [code = FHV] . Il n'inclut pas la première consultation de demande d'IVG.

La facturation se fait en une seule fois, lors de la 1ère consultation de délivrance de médicament (deuxième consultation du protocole).

Conditions de l'acte :

- le médecin effecteur doit passer une convention avec un établissement public ou privé autorisé à pratiquer des IVG (un exemplaire de cette convention devant être transmis, notamment, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, pour information).
- le médecin doit justifier d'une pratique régulière des IVG médicamenteuses attestée par le directeur d'établissement.

Verrues et autres excroissances cutanées

N'oubliez pas le code "X" (= remboursement sous condition) de certains actes, sinon les patients ne seraient pas remboursés. En dermatologie dans ce chapitre, la condition est que l'acte soit à visée thérapeutique et non esthétique.

Dimanche et Samedi après-midi (arrêté préfectotal signé) ou Férié, actes régulés CRD = 26,50 € VRD = 30 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Traitement de verrue : cotation en garde sans objet	QZNP004	1		X	21,28					21,28	6,38
Traitement de verrue : cotation en garde sans objet	QANP007	1		X	28,80					28,80	8,64
Exérèse tangentielle de 1 à 20 molluscum contagiosum	QZFA010	1		X	21,69					48,19	14,46
				CRD	26,50						
Exérèse tangentielle de 1 à 5 lésions cutanées	QZFA028	1		X	25,00					51,50	15,45
				CRD	26,50						
Exérèse tangentielle de 6 lésions cutanées ou plus	QZFA021	1		X	28,30					54,80	16,44
				CRD	26,50						
Exérèse de 1 à 5 lésions cutanées, par curetage	QZFA013	1		X	23,03					49,53	14,86
				CRD	26,50						
Exérèse de 6 lésions cutanées ou plus, par curetage	QZFA022	1		X	28,81					55,31	16,59
				CRD	26,50						
Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm2 (hors naevus ou tumeur maligne) (1) Vidéo du geste	QZFA036	1		X	28,80					55,30	16,59
				CRD	26,50						
Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision de 2 à 5 zones cutanées de moins de 5 cm² (hors naevus ou tumeur maligne) (1)	QZFA031	1		X	36,87					63,37	19,01
				CRD	26,50						
Exérèse de naevus ou tumeur maligne de moins de 5 cm2 (3) (1) Vidéo du geste	QZFA036	1		X	28,80					90,30	27,09
	FSD				35,00						
				CRD	26,50						
Exérèse de 2 à 5 naevi ou tumeurs malignes de moins de 5 cm² (3) (1)	QZFA031	1		X	36,87					98,37	29,51
	FSD				35,00						
				CRD	26,50						
Dermatoscopie pour surveillance de lésion : non cotable en garde	QZQP001	1			54,10					80,60	24,18
				CRD	26,50						
Exérèse de lésion cutanée du sourcil (1) (4)	BAFA012	1			33,44					59,94	17,98
				CRD	26,50						
Exérèse non transfixiante de lésion de la peau du nez ou de la muqueuse narinaire (1) (4)	GAFA007	1			40,59					67,09	20,13
				CRD	26,50						
Exérèse non transfixiante de lésion de lèvre (1) (4)	HAFA008	1			47,46					73,96	22,19
				CRD	26,50						
Exérèse partielle non transfixiante de l'auricule (1) (4)	CAFA002	1			44,70					71,20	21,36
				CRD	26,50						
Exérèse de lésion de la peau du pénis, du gland et/ou du sillon balanopréputial, sans anesthésie générale ou locorégionale (2)	JHFA015	1			36,85					63,35	19,01
				CRD	26,50						
Exérèse de lésion de la peau du pénis, du gland et/ou du sillon balanopréputial, avec anesthésie générale ou locorégionale (2)	JHFA018	1			77,18					103,68	31,10
				CRD	26,50						
Destruction de lésion du gland et/ou du prépuce du pénis	JHNP001	1			34,71					61,21	18,36
				CRD	26,50						
Exérèse de lésion vulvopérinéale (2)	JMFA002	1			38,45					64,95	19,49
				CRD	26,50						
Traitement de verrue : cotation en garde sans objet	JZNP002	1			28,30					28,30	8,49
Traitement de verrue : cotation en garde sans objet	JZNP001	1			45,45					45,45	13,64

(1) Eventuelle suture de la plaie incluse

(2) Cumul avec suture de la plaie non exclu (Acte le moins cher en second, tarifé à 50 %)

(3) "FSD" est le code du forfait sécurité dermatologie d'une valeur de 35€ ; ce forfait est facturable en sus de certains actes dermatologiques lorsqu'ils sont réalisés pour l'exérèse de un ou plusieurs nævus mélanocytaire(s) ou de une ou plusieurs tumeur(s) cutanée(s) maligne(s) ;

FSD peut être appliqué aux actes ci-dessus annotés (4)

(4) FSD (forfait sécurite dermatologie) possible

Collection : abcès, phlegmon, thrombose, kyste, lymphocèle... (*)

Dimanche et Samedi après-midi (arrêté préfectotal signé) ou Férié, actes régulés CRD = 26,50 € VRD = 30 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement : I.D. / M.D. (2)	nbre	I.K. montant (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Évacuation de collection superficielle et/ou profonde de la peau et des tissus mous, par voie transcutanée sans guidage	QZJB002	1			23,59					50,09	15,03
	CRD				26,50						
Évacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct (hors face ou mains) Vidéo du geste	QZJA009	1			26,60					53,10	15,93
	CRD				26,50						
Évacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct (hors face ou mains) puis fermeture par suture (< 3 cm) Vidéo du geste	QZJA009	1		1	26,60					38,40	11,52
	QZJA002	1		2	11,80						
Évacuation de collection profonde de la peau, par abord direct (hors face ou mains) Vidéo du geste	QZJA011	1			45,11					71,61	21,48
	CRD				26,50						
Évacuation de collection profonde de la peau, par abord direct (hors face ou mains) puis fermeture par suture (< 3 cm) Vidéo du geste	QZJA011	1		1	45,11					136,41	40,92
	QZJA002	1		2	11,80						
	CRD				26,50						
	CRD				26,50						
	CRD				26,50						
Mise à plat de lésion infectieuse du cuir chevelu Vidéo du geste	QAPA002	1			70,33					96,83	29,05
	CRD				26,50						
Mise à plat de lésion infectieuse du cuir chevelu puis fermeture par suture Vidéo du geste	QAPA002	1		1	70,33					108,63	32,59
	QZJA002	1		2	11,80						
	CRD				26,50						
	CRD				26,50						
Évacuation de collection de l'auricule (éventuelle suture incluse)	CAJA001	1			36,85					63,35	19,01
	CRD				26,50						
Évacuation de collection de l'auricule puis hémostase secondaire	CAJA001	1		1	42,35					63,04	18,91
	CASA001	1		2	20,69						
	CRD										
Exérèse de lésion sous-cutanée du sourcil	BAFA010	1			37,76					64,26	19,28
	CRD				26,50						
Incision unilatérale ou bilatérale de collection de paupière (abcès, hématome, kyste) (éventuelle suture incluse)	BAPA002	1			62,70					89,20	26,76
	CRD				26,50						
Ponction ou cytoponction de lésion superficielle par voie transcutanée (sans précision topographique)	ZZHB001	1			19,20					45,70	13,71
	CRD				26,50						
Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	MZHB002	1			20,74					47,24	14,17
	CRD				26,50						
Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZHB002	1			22,76					49,26	14,78
	CRD				26,50						
Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZJB001	1			47,08					73,58	22,07
	CRD				26,50						
Incision ou excision d'un panaris superficiel	MJPA010	1			30,99					57,49	17,25
	CRD				26,50						
Exérèse partielle de l'appareil unguéal (Traitement des ongles incarnés sans panaris, de la mélanonychie)	QZFA039	1			29,34					55,84	16,75
	CRD				26,50						
Incision ou excision d'un panaris superficiel avec exérèse partielle ou totale de la tablette d'un ongle Vidéo du geste	QZFA020	1		1	35,92					77,92	23,37
	MJPA010	1		2	15,50						
	CRD				26,50						
Incision ou excision d'un panaris superficiel avec exérèse totale de l'appareil unguéal Vidéo du geste	QZFA029	1		1	38,79					80,79	24,24
	MJPA010	1		2	15,50						
	CRD				26,50						
Évacuation d'un hématome infra-unguéal, par voie transunguéale	QZJB001	1			10,62					37,12	11,14
	CRD				26,50						
Excision d'une thrombose hémorroïdaire Vidéo du geste	EGFA007	1			62,70					89,20	26,76
	CRD				26,50						
Evacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe Vidéo du geste	EGJA001	1			62,70					89,20	26,76
	CRD				26,50						
Incision de collection vulvopérinéale	JMPA005	1			41,80					68,30	20,49
	CRD				26,50						
Incision de la glande vestibulaire majeure [de Bartholin]	JMPA001	1			50,47					76,97	23,09
	CRD				26,50						
Ponction d'un épanchement péritonéal, par voie transcutanée (Ponction d'ascite)	HPHB003	1			24,51					51,01	15,30
	CRD				26,50						

Le terme "collection" comprend dans la CCAM :
- kyste de la peau et des tissus mous
- hématome de la peau et des tissus mous
- abcès de la peau et des tissus mous
- phlegmon de la peau et des tissus mous
- lymphocèle de la peau et des tissus mous

Created - http://www.snphg.org

Brûlures

Attention : par une fâcheuse erreur des créateurs et négociateurs de la CCAM (dont des médecins !...), la CCAM ne cote *théoriquement* que les brûlures traitées au bloc opératoire ! En attendant que l'oubli soit réparé dans la CCAM, les protestations ont commencé à donner leurs fruits, puisque la "NGAP résiduelle" permet à présent de coter 2 actes en K (voir tableau ci-dessous). Pour le reste, les cotations en CCAM sont à utiliser ou non selon les conditions locales (accord solidaire entre médecins, accord des caisses) et personnelles (motivation à la lutte contre les absurdités et injustices administratives)...

Dimanche et Samedi après-midi (arrêté préfectotal signé) ou Férié, actes régulés CRD = 26,50 € VRD = 30 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de I.D. / M.D. 2	frais de nbre	frais de I.K. mont. 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Nettoyage ou pansement d'une brûlure pour une surface de 10 cm² (hors face ou mains)				K9	CRD	43,78					43,78	13,13
Nettoyage ou pansement d'une brûlure pour une surface inférieure à 10% de la surface du corps (hors face ou mains)				K16	CRD	57,22					57,22	17,17
Nettoyage ou pansement d'une brûlure pour une surface de 10 cm² **de la face ou des mains**				K9 + K9/2	CRD	52,42					52,42	15,73
Nettoyage ou pansement d'une brûlure **de la face ou des mains** pour une surface inférieure à 10% de la surface du corps				K16 + K16/2	CRD	72,58					72,58	21,77
Pansement initial de brûlure (hors tête et mains) < 1% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 2 0 1				CRD	32,10 26,50					58,60	17,58
Pansement initial de brûlure (hors tête et mains) entre 1% et 10% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 0 5 1				CRD	49,79 26,50					76,29	22,89
Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique cf.	Q A J A 0 1 4 1				CRD	77,97 26,50					104,47	31,34
Pansement initial de brûlure sur 1 main cf.	Q C J A 0 0 3 1				CRD	66,46 26,50					92,96	27,89
Pansement initial de brûlure sur les 2 mains cf.	Q C J A 0 0 5 1				CRD	101,33 26,50					127,83	38,35
Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique et 1 main cf.	Q A J A 0 0 8 1				CRD	114,50 26,50					141,00	42,30
Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique et les 2 mains cf.	Q A J A 0 0 7 1				CRD	144,10 26,50					170,60	51,18
Pansement secondaire de brûlure (hors tête et mains) < 1% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 0 3 1				CRD	57,17 26,50					83,67	25,10
Pansement secondaire de brûlure (hors tête et mains) entre 1% et 10% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 1 0 1				CRD	57,17 26,50					83,67	25,10
Pansement secondaire de brûlure sur la face et la tête cf.	Q A J A 0 1 0 1				CRD	82,26 26,50					108,76	32,63
Pansement secondaire de brûlure sur 1 main cf.	Q C J A 0 0 4 1				CRD	74,86 26,50					101,36	30,41
Pansement secondaire de brûlure sur les 2 mains cf.	Q C J A 0 0 2 1				CRD	116,41 26,50					142,91	42,87
Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur l'extrémité céphalique et 1 main cf.	Q A J A 0 1 1 1				CRD	127,93 26,50					154,43	46,33
Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur l'extrémité céphalique et les 2 mains cf.	Q A J A 0 0 1 1				CRD	160,41 26,50					186,91	56,07

Ablation de corps étrangers (*)

Dimanche et Samedi après-midi (arrêté préfectotal signé) ou Férié, actes régulés CRD = 26,50 € VRD = 30 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau (Hors face et mains)	Q Z G A 0 0 4	1			30,99					57,49	17,25
				CRD	26,50						
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau (Hors face et mains) puis fermeture par suture	Q Z G A 0 0 4	1			30,99					69,29	20,79
	Q Z J A 0 0 2	1		2	11,80						
				CRD	26,50						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau (Hors face et mains)	Q Z G A 0 0 7	1			52,23					78,73	23,62
				CRD	26,50						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau (Hors face et mains) puis fermeture par suture	Q Z G A 0 0 7	1			52,23					90,53	27,16
	Q Z J A 0 0 2	1		2	11,80						
				CRD	26,50						
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau du visage ou des mains	Q A G A 0 0 3	1			40,72					67,22	20,17
				CRD	26,50						
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau du visage puis fermeture par suture	Q A G A 0 0 3	1			40,72					82,90	24,87
	Q A J A 0 1 3	1		2	15,68						
				CRD	26,50						
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau de la main puis fermeture par suture	Q A G A 0 0 3	1			40,72					79,02	23,70
	Q Z J A 0 0 2	1		2	11,80						
				CRD	26,50						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau du visage ou des mains	Q A G A 0 0 2	1			63,75					90,25	27,08
				CRD	26,50						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau du visage puis fermeture par suture	Q A G A 0 0 2	1			63,75					105,93	31,78
	Q A J A 0 1 3	1		2	15,68						
				CRD	26,50						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau des mains puis fermeture par suture	Q A G A 0 0 2	1			63,75					102,05	30,61
	Q Z J A 0 0 2	1		2	11,80						
				CRD	26,50						
Ablation secondaire de corps étranger de la paupière	B A G A 0 0 1	1			31,72					58,22	17,47
				CRD	26,50						
Ablation secondaire de corps étranger de la paupière puis fermeture par suture	B A G A 0 0 1	1			31,72					71,04	21,31
	B A C A 0 0 2	1		2	12,82						
				CRD	26,50						
Ablation de bouchon de cérumen ou de corps étranger du conduit auditif externe	C A G D 0 0 1	1			17,21					43,71	13,11
				CRD	26,50						
Ablation de corps étranger de la cavité nasale	G A G D 0 0 2	1			24,58					51,08	15,32
				CRD	26,50						

(*) À l'exclusion de l'ablation de corps étranger *récent* de la peau et des tissus mous *au cours* du parage d'une plaie, qui n'est pas cotable.

En revanche, rien n'interdit dans la CCAM le cumul de la suture qui referme la plaie à l'ablation de corps étranger "ancien".

Orthopédie (*) (**)

Dimanche et Samedi après-midi (arrêté préfectoral signé) ou Férié, actes régulés CRD = 26,50 € VRD = 30 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Actes/clé	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement — I.D. / K.D.	nbre	I.K. montant	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
		1			1		2		3		
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur Vidéo du geste	MZLB001	1		CRD	26,13 26,50					52,63	15,79
Infiltration thérapeutique du nerf médian dans le canal carpien Vidéo du geste	AHLB006	1		CRD	29,48 26,50					55,98	16,79
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur Vidéo du geste	NZLB001	1		CRD	30,82 26,50					57,32	17,20
Injection thérapeutique péridurale [épidurale] d'agent pharmacologique	AFLB007	1		CRD	44,90 26,50					71,40	21,42
Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée avec contrôle du guidage	ANLB003	1		CRD	0,00 26,50					26,50	7,95
Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	MZHB002	1		CRD	20,74 26,50					47,24	14,17
Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZHB002	1		CRD	22,76 26,50					49,26	14,78
Évacuation de collection articulaire du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	MZJB001	1		CRD	83,60 26,50					110,10	33,03
Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZJB001	1		CRD	47,08 26,50					73,58	22,07
Contention souple d'une articulation du membre supérieur	MZMP001	1		M CRD	58,23 26,50					84,73	25,42
Confection d'une orthèse statique d'un doigt	MHMP007	1		CRD	38,40 26,50					64,90	19,47
Confection d'une orthèse statique de 2 doigts	MHMP002	1		CRD	38,40 26,50					64,90	19,47
Confection d'une orthèse statique de 3 doigts ou plus	MHMP003	1		CRD	38,40 26,50					64,90	19,47
Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt	MHEP002	1		M CRD	60,32 26,50					86,82	26,05
Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du poignet et/ou de la main	MGMP001	1		CRD	34,82 26,50					61,32	18,40
Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de l'avant-bras, du poignet et/ou de la main ne prenant pas le coude	MZMP006	1		M CRD	52,11 26,50					78,61	23,58
Confection d'un appareil rigide au poignet et/ou à la main pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	MZMP004	1		M CRD	52,52 26,50					79,02	23,71
Confection d'un appareil rigide antébrachiopalmaire pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	MZMP013	1		M CRD	55,40 26,50					81,90	24,57
Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture du coude	MFEP002	1		M CRD	89,81 26,50					116,31	34,89
Réduction orthopédique d'une pronation douloureuse du coude	MFEP001	1		CRD	31,35 26,50					57,85	17,36
Réduction orthopédique d'une luxation scapulohumérale	MEEP002	1		M CRD	63,08 26,50					89,58	26,87
Contention orthopédique uni ou bilatérale d'une fracture de clavicule	MADP001	1		M CRD	68,68 26,50					95,18	28,55
Confection d'une contention souple de la cheville et/ou du pied, ou confection d'une semelle plâtrée **en situation d'urgence**	NGMP001	1		M CRD	47,78 26,50					74,28	22,28
Contention souple de la cheville et/ou du pied, ou semelle plâtrée **en urgence** : non cumulable avec	NGMP001	1			20,90					20,90	6,27
Confection d'un appareil rigide cruropédieux [jambopédieux] pour immobilisation initiale de fracture du membre inférieur, sans réduction	NZMP014	1		M CRD	54,45 26,50					80,95	24,29
Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la jambe, de la cheville et/ou du pied ne prenant pas le genou (botte plâtrée) **en situation d'urgence**	NZMP003	1		M CRD	54,45 26,50					80,95	24,29
Confection d'une botte plâtrée (geste prévu : non cumulable avec	NZMP003	1			27,57					27,57	8,27
Confection d'une contention souple du genou	NFMP001	1		M CRD	68,68 26,50					95,18	28,55
Réduction orthopédique d'une luxation temporomandibulaire unilatérale ou bilatérale	LBEP005	1		CRD	15,49 26,50					41,99	12,60
Réduction orthopédique de fracture de l'os nasal [des os propres du nez]	LAEP002	1		CRD	53,20 26,50					79,70	23,91
Prise en charge diagnostique (**avec radiographie**) et thérapeutique dans le même temps d'une lésion ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou des parties molles d'origine traumatique (médecin de montagne)	YYYY011 YYYY006	1 1		CRD	20,16 11,52 26,50					58,18	17,45

(*) Un soin technique d'orthopédie n'ayant pas cohérence à être effectué ailleurs qu'en structure médicale, la cotation en visite n'est délibérément pas mentionnée.

De plus, la tarification est alors moins intéressante qu'au cabinet, ne pouvant bénéficier de la majoration M.
Lorsque le soin a lieu en maison de retraite dans une pièce dédiée aux soins médicaux, on peut légitimement considérer qu'il s'agit d'une structure médicale...

(**) L'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.

Sutures (*)

Dimanche et Samedi après-midi (arrêté préfectotal signé) ou Férié, actes régulés CRD = 26,50 € VRD = 30 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement : I.D. M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Parage ou suture de plaie superficielle inférieure à 3 cm (Hors face et zone pulpo-unguéale)	QZJA0102	1		M	50,47					76,97	23,09
				CRD	26,50						
Parage ou suture de plaie superficielle de 3 cm à 10 cm (Hors face et zone pulpo-unguéale)	QZJA0107	1		M	65,67					92,17	27,65
				CRD	26,50						
Parage ou suture de plaie superficielle de plus de 10 cm (Hors face et zone pulpo-unguéale)	QZJA0105	1		M	71,44					97,94	29,38
				CRD	26,50						
Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de moins de 3 cm de grand axe (hors face et main)	QZJA0106	1		M	72,81					99,31	29,79
				CRD	26,50						
Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe (hors face et main)	QZJA0102	1		M	80,21					106,71	32,01
				CRD	26,50						
Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de plus de 10 cm de grand axe (hors face et main)	QZJA0001	1		M	93,78					120,28	36,08
				CRD	26,50						
Parage ou suture de plaie de sourcil	BACA0008	1		M	52,52					79,02	23,71
				CRD	26,50						
Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, sans atteinte du bord libre	BACA0002	1		M	52,52					79,02	23,71
				CRD	26,50						
Parage ou suture d'une plaie de nez	GAJA0002	1		M	64,71					91,21	27,36
				CRD	26,50						
Parage ou suture d'une plaie superficielle de la face de moins de 3 cm	QAJA0103	1		M	58,23					84,73	25,42
				CRD	26,50						
Parage ou suture d'une plaie superficielle de la face de 3 cm à 10 cm	QAJA0005	1		M	83,22					109,72	32,92
				CRD	26,50						
Suture d'une plaie muqueuse intrabuccale	HAJA0102	1		M	50,18					76,68	23,00
				CRD	26,50						
Suture d'une plaie de la langue	HAJA0009	1		M	55,38					81,88	24,56
				CRD	26,50						
Parage et/ou suture de plaie cutanée non transfixiante de lèvre	HAJA0003	1		M	53,20					79,70	23,91
				CRD	26,50						
Parage et/ou suture de plaie cutanée transfixiante de lèvre	HAJA0006	1		M	65,54					92,04	27,61
				CRD	26,50						
Parage ou suture d'une plaie de l'auricule	CAJA0002	1		M	60,60					87,10	26,13
				CRD	26,50						
Parage ou suture d'une plaie de l'auricule avec hémostase secondaire	CASA0001	1		1	41,38					111,62	33,49
	CAJA0002	1		M 2	43,74						
				CRD	26,50						
Parage ou suture d'1 plaie pulpo-unguéale	QZJA0022	1		M	91,32					117,82	35,35
				CRD	26,50						
Parage ou suture de plusieurs plaies pulpo-unguéales	QZJA0021	1		M	131,07					157,57	47,27
				CRD	26,50						
Couverture du lit de l'ongle par reposition de la tablette ou pose de prothèse provisoire (inclut la suture éventuelle)	QZMP0011	1			62,70					89,20	26,76
				CRD	26,50						

Les circonstances le justifiant le plus souvent, la majoration M (26,88 €) pour soins d'urgence faits au cabinet est systématiquement ajoutée aux sutures.

Cette majoration M nécessite théoriquement l'utilisation de matériel jetable pour les sutures, et n'est pas compatible avec la délivrance au patient d'une ordonnance de fourniture de matériel de suture.

D'autres actes s'accompagnant parfois de sutures sont recensés dans les rubriques correspondantes.

Une suture n'ayant pas cohérence à être effectuée ailleurs qu'en structure médicale, la cotation en visite n'est délibérément pas mentionnée.

De plus, la tarification est alors moins intéressante qu'au cabinet, ne pouvant bénéficier de la majoration M.

Lorsque la suture a lieu en maison de retraite dans une pièce dédiée aux soins médicaux, on peut légitimement considérer qu'il s'agit d'une structure médicale...

En cas de plaies multiples, additionner leur longueur.

Divers : epistaxis, hématomes, hémorroïdes, sondage, etc. au cabinet médical

Dimanche et Samedi après-midi (arrêté préfectotal signé) ou Férié, actes régulés CRD = 26,50 € VRD = 30 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D.	nbre	I.K. montant	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
	1						2		3		
Désensibilisation « ablation sans objet en garde »	FGLB0011	1			12,34					12,34	3,70
Ablation de bouchon de cérumen ou de corps étranger du conduit auditif externe	CAGD0011	1		CRD	17,21 26,50					43,71	13,11
Audiométrie tonale ou vocale (inclut l'ablation unilatérale ou bilatérale de bouchon de cérumen ou de corps étranger du méat acoustique externe.)	CDQP0101	1		CRD	23,25 26,50					49,75	14,92
Examen de la vision binoculaire	BLQP0101	1		CRD	25,32 26,50					51,82	15,55
Examen de la vision des couleurs « cotation sans objet en garde »	BLQP0101 BLQP0088	1 1		1 2	25,32 9,03					34,35	10,30
Examen de la vision des couleurs « cotation sans objet en garde »	BLQP0088	1			18,05					18,05	5,42
Examen de la vision des couleurs « cotation sans objet en garde »	BLQP0071	1			42,21					42,21	12,66
Examen de la vision des couleurs « cotation sans objet en garde »	BLQP0161	1			38,53					38,53	11,56
Tamponnement nasal antérieur au cabinet	GABD0021	1		M CRD	51,02 26,50					77,52	23,26
Tamponnement nasal antérieur et postérieur au cabinet	GABD0011	1		M CRD	67,54 26,50					94,04	28,21
Ablation d'un corps étranger de la cavité nasale	GAGD0021	1		CRD	24,58 26,50					51,08	15,32
Ablation d'adhérences du prépuce « cotation sans objet en garde » Informations	JHPA0031	1			0,00					0,00	0,00
Réduction manuelle d'un paraphimosis Informations	JHEP0011	1		CRD	0,00 26,50					26,50	7,95
Excision d'une thrombose hémorroïdaire Vidéo du geste	EGFA0071	1		CRD	62,70 26,50					89,20	26,76
Evacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe Vidéo du geste	EGJA0010	1		CRD	62,70 26,50					89,20	26,76
Évacuation d'un hématome infra-unguéal, par voie transunguéale	QZJB0011	1		CRD	10,62 26,50					37,12	11,14
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur Vidéo du geste	MZLB0011	1		CRD	26,13 26,50					52,63	15,79
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur Vidéo du geste	NZLB0011	1		CRD	30,82 26,50					57,32	17,20
Injection thérapeutique péridurale [épidurale] d'agent pharmacologique	AFLB0071	1			44,90					44,90	13,47
Évacuation de la vessie par cathétérisme transitoire [Sondage vésical évacuateur]	JDJD0011	1		CRD	16,78 26,50					43,28	12,99
Pose d'une sonde urétrovésicale [Sondage vésical à demeure] au cabinet	JDLD0011	1		CRD	14,73 26,50					41,23	12,37
Prélèvement de sang artériel, par voie transcutanée au cabinet	FEHB0011	1		CRD	9,60 26,50					36,10	10,83

Consultation au cabinet médical

Samedi après-midi (arrêté départemental non signé) - Actes *non régulés* en garde de jour F = 19,06 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués: Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement: I.D. / M.D. (2)	nbre	I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Consultation			C	F		42,06					42,06	12,62
Consultation d'un nourrisson de moins de 2 ans (inclus)			C	MNO	F	47,06					47,06	14,12
Consultation d'un enfant entre 2 et 6 ans			C	MGE	F	45,06					45,06	13,52
Soins itératifs au cabinet par un médecin généraliste autre que le médecin traitant sous réserve de retour d'information au médecin traitant			C	MCG	F	45,06					45,06	13,52
Consultation podiatrique périodique NON COTABLE EN GARDE			C	FPE		26,00					26,00	7,80
Bilan de santé : NON COTABLE EN GARDE				CA		26,00					26,00	7,80

ECG au cabinet médical

Samedi après-midi (arrêté départemental non signé) - Actes *non régulés* en garde de jour F = 19,06 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués: Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement: I.D. / M.D. (2)	nbre	I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
ECG	DEQP0003	1		F		32,58					65,18	19,55
						9,60						
			C			23,00						
ECG avec acte d'urgence/ réanimation	YYYY0101	1		F	1	67,06					83,42	25,03
	DEQP0003	1			2	6,76						
						9,60						

Acte d'urgence/réanimation au cabinet médical

[Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : - détresse respiratoire ; - détresse cardiaque ; - détresse d'origine allergique ; - état aigu d'agitation ; - état de mal comitial ; - détresse d'origine traumatique.]

Samedi après-midi (arrêté départemental non signé) - Actes *non régulés* en garde de jour F = 19,06 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués: Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement: I.D. / M.D. (2)	nbre	I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Acte d'urgence/réanimation au cabinet	YYYY0101	1		M	F	93,94					93,94	28,18
Acte d'urgence/ réanimation avec ECG	YYYY0101	1		M	F 1	93,94					100,70	30,21
	DEQP0003	1			2	6,76						

Gynécologie au cabinet médical

Samedi après-midi (arrêté préfectotal non signé) ou garde de journée si actes NON régulés F = 19,06 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement : I.D. / M.D. 2	frais de déplacement : nbre	frais de déplacement : I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Frottis : Cotation en garde non prévue et sans intérêt tarifaire Informations.	J K H D 0 0 1	1			9,64					9,64	2,89
Prélèvement diagnostique : Cotation en garde non prévue	Q E H P 0 0 2	1			13,26					13,26	3,98
Pose d'un DIU : Cotation sans objet en garde Informations.	J K L D 0 0 1	1			38,40					38,40	11,52
Changement d'un dispositif intra-utérin	J K K D 0 0 1	1		F	57,46					57,46	17,24
Ablation d'un dispositif intra-utérin par voie vaginale Informations.	J K G D 0 0 4	1		F	19,06					19,06	5,72
Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale	J K G D 0 0 1	1		F	81,76					81,76	24,53
Pose de dispositif intravaginal : cotation sans objet en garde	J L L D 0 0 1	1		F	0,00					0,00	0,00
Pose d'implant contraceptif souscutané	Q Z L A 0 0 4	1		F	33,53					33,53	10,06
Ablation ou changement d'implant contraceptif souscutané	Q Z G A 0 0 2	1		F	60,86					60,86	18,26
Libération non chirurgicale de coalescence des petites lèvres de la vulve : cotation sans objet en garde Informations.	J M P P 0 0 1	1		F	31,35					31,35	9,41
Libération chirurgicale de coalescence des petites lèvres de la vulve : cotation sans objet en garde Informations.	J M P A 0 0 3	1		F	31,35					31,35	9,41
Incision de collection vulvopérinéale	J M P A 0 0 5	1		F	60,86					60,86	18,26
Incision de la glande vestibulaire majeure [de Bartholin] Informations	J M P A 0 0 1	1		F	69,53					69,53	20,86
Accouchement céphalique unique chez une primipare au cabinet Informations.	J Q G D 0 1 0	1		F	332,56					332,56	99,77
Accouchement céphalique unique chez une multipare au cabinet	J Q G D 0 1 2	1		F	332,56					332,56	99,77
Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire (*)				FHV FMV	100,00 91,74					191,74	57,52

(*) Le tarif est forfaitaire. Il inclut le prix des médicaments (à acheter et à délivrer par le médecin) [code= FMV ; *ne pas déclarer en honoraires*] et les 4 consultations du protocole [code = FHV] . Il n'inclut pas la première consultation de demande d'IVG.

La facturation se fait en une seule fois, lors de la 1ère consultation de délivrance de médicament (deuxième consultation du protocole).

Conditions de l'acte :

- le médecin effecteur doit passer une convention avec un établissement public ou privé autorisé à pratiquer des IVG (un exemplaire de cette convention devant être transmis, notamment, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, pour information).
- le médecin doit justifier d'une pratique régulière des IVG médicamenteuses attestée par le directeur d'établissement.

Verrues et autres excroissances cutanées

N'oubliez pas le code "X" (= remboursement sous condition) de certains actes, sinon les patients ne seraient pas remboursés. En dermatologie dans ce chapitre, la condition est que l'acte soit à visée thérapeutique et non esthétique.

Samedi après-midi (arrêté préfectotal non signé) ou garde de journée si actes NON régulés F = 19,06 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	frais de déplacement nbre	frais de déplacement I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Traitement de verrue : caution en garde sans objet	Q Z N P 0 0 4	1		X	21,28					21,28	6,38
Traitement de verrue : caution en gardesans objet	Q A N P 0 0 7	1		X	28,80					28,80	8,64
Exérèse tangentielle de 1 à 20 lésions cutanées, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM	Q Z F A 0 1 0	1		F X	40,75					40,75	12,23
Exérèse tangentielle de 1 à 5 lésions cutanées, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM	Q Z F A 0 2 8	1		F X	44,06					44,06	13,22
Exérèse tangentielle de 6 à 20 lésions cutanées, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM	Q Z F A 0 2 1	1		F X	47,36					47,36	14,21
Exérèse de 1 à 5 lésions cutanées par curetage : modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM	Q Z F A 0 1 3	1		F X	42,09					42,09	12,63
Exérèse de lésions cutanées ou du lobe par curetage, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM	Q Z F A 0 2 2	1		F X	47,87					47,87	14,36
Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm2 (hors naevus ou tumeur maligne) (1) Vidéo du geste	Q Z F A 0 3 6	1		F X	47,86					47,86	14,36
Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision de 2 à 5 zones cutanées de moins de 5 cm² (hors naevus ou tumeur maligne) (1)	Q Z F A 0 3 1	1		F X	55,93					55,93	16,78
Exérèse de naevus ou tumeur maligne de moins de 5 cm2 (3) (1) Vidéo du geste	Q Z F A 0 3 6 F S D	1		F X	47,86 35,00					82,86	24,86
Exérèse de 2 à 5 naevi ou tumeurs malignes de moins de 5 cm² (3) (1)	Q Z F A 0 3 1 F S D	1		F X	55,93 35,00					90,93	27,28
dermoscopie pour surveillance de lésion : non prise en charge	Q Z Q P 0 0 1	1		F	54,10					54,10	16,23
Exérèse de lésion cutanée du scrotum, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM (1) (4)	B A F A 0 1 2	1		F	52,50					52,50	15,75
Exérèse non transfixiante de lésion de la peau du nez, de la lèvre, de la muqueuse jugale, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM (1) (4)	G A F A 0 0 7	1		F	59,65					59,65	17,90
Exérèse non transfixiante de lésion de la lèvre, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM (1) (4)	H A F A 0 0 8	1		F	66,52					66,52	19,96
Exérèse partielle non transfixiante de tumeur, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM (1) (4)	C A F A 0 0 2	1		F	63,76					63,76	19,13
Exérèse de lésion de la peau du nez, du grand vermillon, du tégument labial, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM (2)	J H F A 0 1 5	1		F	55,91					55,91	16,77
Exérèse de lésion de la peau du buste ou sans chou du sillon interfessier, avec suture, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM Version 21 (2)	J H F A 0 1 8	1		F	96,24					96,24	28,87
Destruction de lésion ou tumeur de la peau du pénis, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM	J H N P 0 0 1	1		F	53,77					53,77	16,13
Exérèse de lésion vulvovaginale, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM (2)	J M F A 0 0 2	1		F	57,51					57,51	17,25
Traitement de verrue : caution en garde sans objet	J Z N P 0 0 2	1			28,30					28,30	8,49
Traitement de verrue : caution en gardesans objet	J Z N P 0 0 1	1			45,45					45,45	13,64

(1) Eventuelle suture de la plaie incluse

(2) Cumul avec suture de la plaie non exclu (Acte le moins cher en second, tarifé à 50 %)

(3) "FSD" est le code du forfait sécurité dermatologie d'une valeur de 35€ ; ce forfait est facturable en sus de certains actes dermatologiques lorsqu'ils sont réalisés pour l'exérèse de un ou plusieurs nævus mélanocytaire(s) ou de une ou plusieurs tumeur(s) cutanée(s) maligne(s) ;

FSD peut être appliqué aux actes ci-dessus annotés (4)

(4) FSD (forfait sécurite dermatologie) possible

Collection : abcès, phlegmon, thrombose, kyste, lymphocèle... (*)

Samedi après-midi (arrêté préfectotal non signé) ou garde de journée si actes NON régulés F = 19,06 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Évacuation de collection superficielle et/ou profonde de la peau et des tissus mous, par voie transcutanée sans guidage	QZJB002	1		F	42,65					42,65	12,80
Évacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct (hors face ou mains) Vidéo du geste	QZJA009	1		F	45,66					45,66	13,70
Évacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct (hors face ou mains) puis fermeture par suture (< 3 cm) Vidéo du geste	QZJA009 1 QZJA002 2	1 1		F 	45,66 11,80					57,46	17,24
Évacuation de collection profonde de la peau, par abord direct (hors face ou mains) Vidéo du geste	QZJA011	1		F	64,17					64,17	19,25
Évacuation de collection profonde de la peau, par abord direct (hors face ou mains) puis fermeture par suture (< 3 cm) Vidéo du geste	QZJA011 1 QZJA002 2	1 1		F 	64,17 11,80					75,97	22,79
Mise à plat de lésion infectieuse du cuir chevelu Vidéo du geste	QAPA002	1		F	89,39					89,39	26,82
Mise à plat de lésion infectieuse du cuir chevelu puis fermeture par suture Vidéo du geste	QAPA002 1 QZJA002 2	1 1		F 	89,39 11,80					101,19	30,36
Évacuation de collection de l'auricule (éventuelle suture incluse)	CAJA001	1		F	55,91					55,91	16,77
Évacuation de collection de l'auricule puis hémostase secondaire	CAJA001 1 CASA001 2	1 1		F 	61,41 20,69					82,10	24,63
Exérèse de lésion souscutanée du sourcil	BAFA010	1		F	56,82					56,82	17,05
Incision unilatérale ou bilatérale de collection de paupière (abcès, hématome, kyste) (éventuelle suture incluse)	BAPA002	1		F	81,76					81,76	24,53
Ponction ou cytoponction de lésion superficielle par voie transcutanée (sans précision topographique)	ZZHB001	1		F	38,26					38,26	11,48
Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	MZHB002	1		F	39,80					39,80	11,94
Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZHB002	1		F	41,82					41,82	12,55
Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZJB001	1		F	66,14					66,14	19,84
Incision ou excision d'un panaris superficiel	MJPA010	1		F	50,05					50,05	15,02
Exérèse partielle de l'appareil unguéal (Traitement des ongles incarnés sans panaris, de la mélanonychie)	QZFA039	1		F	48,40					48,40	14,52
Incision ou excision d'un panaris superficiel avec exérèse partielle ou totale de la tablette d'un ongle Vidéo du geste	QZFA020 1 MJPA010 2	1 1		F 	54,98 15,50					70,48	21,14
Incision ou excision d'un panaris superficiel avec exérèse totale de l'appareil unguéal Vidéo du geste	QZFA029 1 MJPA010 2	1 1		F 	57,85 15,50					73,35	22,00
Évacuation d'un hématome infra-unguéal, par voie transunguéale	QZJB001	1		F	29,68					29,68	8,90
Excision d'une thrombose hémorroïdaire Vidéo du geste	EGFA007	1		F	81,76					81,76	24,53
Evacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe Vidéo du geste	EGJA001	1		F	81,76					81,76	24,53
Incision de collection vulvopérinéale	JMPA005	1		F	60,86					60,86	18,26
Incision de la glande vestibulaire majeure [de Bartholin]	JMPA001	1		F	69,53					69,53	20,86
Ponction d'un épanchement péritonéal, par voie transcutanée (Ponction d'ascite)	HPHB003	1		F	43,57					43,57	13,07

Le terme "collection" comprend dans la CCAM :
- kyste de la peau et des tissus mous
- hématome de la peau et des tissus mous
- abcès de la peau et des tissus mous
- phlegmon de la peau et des tissus mous
- lymphocèle de la peau et des tissus mous

Created - http://www.snphg.org

Brûlures

Attention : par une fâcheuse erreur des créateurs et négociateurs de la CCAM (dont des médecins !...), la CCAM ne cote *théoriquement* que les brûlures traitées au bloc opératoire ! En attendant que l'oubli soit réparé dans la CCAM, les protestations ont commencé à donner leurs fruits, puisque la "NGAP résiduelle" permet à présent de coter 2 actes en K (voir tableau ci-dessous). Pour le reste, les cotations en CCAM sont à utiliser ou non selon les conditions locales (accord solidaire entre médecins, accord des caisses) et personnelles (motivation à la lutte contre les absurdités et injustices administratives)...

Samedi après-midi (arrêté préfectotal non signé) ou garde de journée si actes NON régulés F = 19,06 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de I.D. / M.D. 2	frais de nbre	frais de I.K. mont. 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Nettoyage ou pansement d'une brûlure pour une surface de 10 cm² (hors face ou mains)				K9	F	36,34					36,34	10,90
Nettoyage ou pansement d'une brûlure pour une surface inférieure à 10% de la surface du corps (hors face ou mains)				K16	F	49,78					49,78	14,93
Nettoyage ou pansement d'une brûlure pour une surface de 10 cm² **de la face ou des mains**				K9 + K9/2	F	44,98					44,98	13,49
Nettoyage ou pansement d'une brûlure **de la face ou des mains** pour une surface inférieure à 10% de la surface du corps				K16 + K16/2	F	65,14					65,14	19,54
Pansement initial de brûlure (hors tête et mains) < 1% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 2 0 1			F		51,16					51,16	15,35
Pansement initial de brûlure (hors tête et mains) entre 1% et 10% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 0 5 1			F		68,85					68,85	20,66
Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique cf.	Q A J A 0 1 4 1			F		97,03					97,03	29,11
Pansement initial de brûlure sur 1 main cf.	Q C J A 0 0 3 1			F		85,52					85,52	25,66
Pansement initial de brûlure sur les 2 mains cf.	Q C J A 0 0 5 1			F		120,39					120,39	36,12
Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique et 1 main cf.	Q A J A 0 0 8 1			F		133,56					133,56	40,07
Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique et les 2 mains cf.	Q A J A 0 0 7 1			F		163,16					163,16	48,95
Pansement secondaire de brûlure (hors tête et mains) < 1% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 0 3 1			F		76,23					76,23	22,87
Pansement secondaire de brûlure (hors tête et mains) entre 1% et 10% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 1 0 1			F		76,23					76,23	22,87
Pansement secondaire de brûlure sur la face et la tête cf.	Q A J A 0 1 0 1			F		101,32					101,32	30,40
Pansement secondaire de brûlure sur 1 main cf.	Q C J A 0 0 4 1			F		93,92					93,92	28,18
Pansement secondaire de brûlure sur les 2 mains cf.	Q C J A 0 0 2 1			F		135,47					135,47	40,64
Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur l'extrémité céphalique et 1 main cf.	Q A J A 0 1 1 1			F		146,99					146,99	44,10
Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur l'extrémité céphalique et les 2 mains cf.	Q A J A 0 0 1 1			F		179,47					179,47	53,84

Ablation de corps étrangers (*)

Samedi après-midi (arrêté préfectotal non signé) ou garde de journée si actes NON régulés F = 19,06 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D./M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau (Hors face et mains)	Q Z G A 0 0 4	1		F	50,05					50,05	15,02
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau (Hors face et mains) puis fermeture par suture	Q Z G A 0 0 4	1		F	50,05					61,85	18,55
	Q Z J A 0 0 2	1		2	11,80						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau (Hors face et mains)	Q Z G A 0 0 7	1		F	71,29					71,29	21,39
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau (Hors face et mains) puis fermeture par suture	Q Z G A 0 0 7	1		F	71,29					83,09	24,93
	Q Z J A 0 0 2	1		2	11,80						
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau du visage ou des mains	Q A G A 0 0 3	1		F	59,78					59,78	17,93
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau du visage puis fermeture par suture	Q A G A 0 0 3	1		F	59,78					75,46	22,64
	Q A J A 0 1 3	1		2	15,68						
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau de la main puis fermeture par suture	Q A G A 0 0 3	1		F	59,78					71,58	21,47
	Q Z J A 0 0 2	1		2	11,80						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau du visage ou des mains	Q A G A 0 0 2	1		F	82,81					82,81	24,84
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau du visage puis fermeture par suture	Q A G A 0 0 2	1		F	82,81					98,49	29,55
	Q A J A 0 1 3	1		2	15,68						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau des mains puis fermeture par suture	Q A G A 0 0 2	1		F	82,81					94,61	28,38
	Q Z J A 0 0 2	1		2	11,80						
Ablation secondaire de corps étranger de la paupière	B A G A 0 0 1	1		F	50,78					50,78	15,23
Ablation secondaire de corps étranger de la paupière puis fermeture par suture	B A G A 0 0 1	1		F	50,78					63,60	19,08
	B A C A 0 0 2	1		2	12,82						
Ablation de bouchon de cérumen ou de corps étranger du conduit auditif externe	C A G D 0 0 1	1		F	36,27					36,27	10,88
Ablation de corps étranger de la cavité nasale	G A G D 0 0 2	1		F	43,64					43,64	13,09

(*) À l'exclusion de l'ablation de corps étranger *récent* de la peau et des tissus mous *au cours* du parage d'une plaie, qui n'est pas cotable.

En revanche, rien n'interdit dans la CCAM le cumul de la suture qui referme la plaie à l'ablation de corps étranger "ancien".

Orthopédie (*) (**)

Samedi après-midi (arrêté préfectoral non signé) ou garde de journée si actes NON régulés F = 19,06 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass. s.	frais de déplacement — I.D. / I.N.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur Vidéo du geste	MZLB001	1		F	45,19					45,19	13,56
Infiltration thérapeutique du nerf médian dans le canal carpien Vidéo du geste	AHLB006	1		F	48,54					48,54	14,56
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur Vidéo du geste	NZLB001	1		F	49,88					49,88	14,96
Injection thérapeutique péridurale [épidurale] d'agent pharmacologique	AFLB007	1		F	63,96					63,96	19,19
Séance de rééducation, visite, consultation non facturée en période de garde	ANLB003	1		F	0,00					0,00	0,00
Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	MZHB002	1		F	39,80					39,80	11,94
Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZHB002	1		F	41,82					41,82	12,55
Évacuation de collection articulaire du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	MZJB001	1		F	102,66					102,66	30,80
Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZJB001	1		F	66,14					66,14	19,84
Contention souple d'une articulation du membre supérieur	MZMP001	1		M F	77,29					77,29	23,19
Confection d'une orthèse statique d'un doigt	MHMP007	1		F	57,46					57,46	17,24
Confection d'une orthèse statique de 2 doigts	MHMP002	1		F	57,46					57,46	17,24
Confection d'une orthèse statique de 3 doigts ou plus	MHMP003	1		F	57,46					57,46	17,24
Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt	MHEP002	1		M F	79,38					79,38	23,81
Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du poignet et/ou de la main	MGMP001	1		F	51,48					51,48	15,44
Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de l'avant-bras, du poignet et/ou de la main ne prenant pas le coude	MZMP006	1		M F	71,17					71,17	21,35
Confection d'un appareil rigide au poignet et/ou à la main pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	MZMP004	1		M F	70,76					70,76	21,23
Confection d'un appareil rigide antébrachiopalmaire pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	MZMP013	1		M F	73,14					73,14	21,94
Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture du coude	MFEP002	1		M F	108,87					108,87	32,66
Réduction orthopédique d'une pronation douloureuse du coude	MFEP001	1		F	50,41					50,41	15,12
Réduction orthopédique d'une luxation scapulohumérale	MEEP002	1		M F	82,14					82,14	24,64
Contention orthopédique uni ou bilatérale d'une fracture de clavicule	MADP001	1		M F	87,74					87,74	26,32
Confection d'une contention souple de la cheville et/ou du pied, ou confection d'une semelle plâtrée **en situation d'urgence**	NGMP001	1		M F	66,84					66,84	20,05
Confection d'une botte plâtrée ou résine, ou d'une attelle plâtrée ou résine de jambe, de cheville et/ou de pied (botte plâtrée) non facturée en garde	NGMP001	1			20,90					20,90	6,27
Confection d'un appareil rigide cruropédieux [jambopédieux] pour immobilisation initiale de fracture du membre inférieur, sans réduction	NZMP014	1		M F	73,51					73,51	22,05
Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la jambe, de la cheville et/ou du pied ne prenant pas le genou (botte plâtrée) **en situation d'urgence**	NZMP003	1		M F	73,51					73,51	22,05
Confection d'une botte plâtrée ou résine, ou d'une attelle plâtrée ou résine de jambe, de cheville et/ou de pied non facturée en garde	NZMP003	1			27,57					27,57	8,27
Confection d'une contention souple du genou	NFMP001	1		M F	87,74					87,74	26,32
Réduction orthopédique d'une luxation temporomandibulaire unilatérale ou bilatérale	LBEP005	1		F	15,49					15,49	4,65
Réduction orthopédique de fracture de l'os nasal [des os propres du nez]	LAEP002	1		F	53,20					53,20	15,96
Prise en charge diagnostique (**avec radiographie**) et thérapeutique dans le même temps d'une lésion ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou des parties molles d'origine traumatique (médecin de montagne)	YYYY011 + YYYY008	1 1		F	20,16 + 11,52					31,68	9,50

(*) Un soin technique d'orthopédie n'ayant pas cohérence à être effectué ailleurs qu'en structure médicale, la cotation en visite n'est délibérément pas mentionnée.

De plus, la tarification est alors moins intéressante qu'au cabinet, ne pouvant bénéficier de la majoration M.
Lorsque le soin a lieu en maison de retraite dans une pièce dédiée aux soins médicaux, on peut légitimement considérer qu'il s'agit d'une structure médicale...

(**) L'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.

Sutures (*)

Samedi après-midi (arrêté préfectotal non signé) ou garde de journée si actes NON régulés F = 19,06 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Parage ou suture de plaie superficielle inférieure à 3 cm (Hors face et zone pulpo-unguéale)	Q Z J A 0 0 2	1		M F	69,53					69,53	20,86
Parage ou suture de plaie superficielle de 3 cm à 10 cm (Hors face et zone pulpo-unguéale)	Q Z J A 0 1 7	1		M F	84,73					84,73	25,42
Parage ou suture de plaie superficielle de plus de 10 cm (Hors face et zone pulpo-unguéale)	Q Z J A 0 1 5	1		M F	90,50					90,50	27,15
Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de moins de 3 cm de grand axe (hors face et main)	Q Z J A 0 1 6	1		M F	91,87					91,87	27,56
Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe (hors face et main)	Q Z J A 0 1 2	1		M F	123,73					123,73	37,12
Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de plus de 10 cm de grand axe (hors face et main)	Q Z J A 0 0 1	1		M F	112,84					112,84	33,85
Parage ou suture de plaie de sourcil	B A C A 0 0 8	1		M F	71,58					71,58	21,47
Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, sans atteinte du bord libre	B A C A 0 0 2	1		M F	71,58					71,58	21,47
Parage ou suture d'une plaie de nez	G A J A 0 0 2	1		M F	83,77					83,77	25,13
Parage ou suture d'une plaie superficielle de la face de moins de 3 cm	Q A J A 0 1 3	1		M F	77,29					77,29	23,19
Parage ou suture d'une plaie superficielle de la face de 3 cm à 10 cm	Q A J A 0 0 5	1		M F	102,28					102,28	30,68
Suture d'une plaie muqueuse intrabuccale	H A J A 0 1 0	1		M F	69,24					69,24	20,77
Suture d'une plaie de la langue	H A J A 0 0 9	1		M F	74,44					74,44	22,33
Parage et/ou suture de plaie cutanée non transfixiante de lèvre	H A J A 0 0 3	1		M F	72,26					72,26	21,68
Parage et/ou suture de plaie cutanée transfixiante de lèvre	H A J A 0 0 6	1		M F	84,60					84,60	25,38
Parage ou suture d'une plaie de l'auricule	C A J A 0 0 2	1		M F	79,66					79,66	23,90
Parage ou suture d'une plaie de l'auricule avec hémostase secondaire	C A S A 0 0 1	1		F 1	60,44					104,18	31,25
	C A J A 0 0 2	1		M 2	43,74						
Parage ou suture d'1 plaie pulpo-unguéale	Q Z J A 0 2 2	1		M F	110,38					110,38	33,11
Parage ou suture de plusieurs plaies pulpo-unguéales	Q Z J A 0 2 1	1		M F	150,13					150,13	45,04
Couverture du lit de l'ongle par reposition de la tablette ou pose de prothèse provisoire (inclut la suture éventuelle)	Q Z M P 0 0 1	1		F	62,70					62,70	18,81

Les circonstances le justifiant le plus souvent, la majoration M (26,88 €) pour soins d'urgence faits au cabinet est systématiquement ajoutée aux sutures.

Cette majoration M nécessite théoriquement l'utilisation de matériel jetable pour les sutures, et n'est pas compatible avec la délivrance au patient d'une ordonnance de fourniture de matériel de suture.

D'autres actes s'accompagnant parfois de sutures sont recensés dans les rubriques correspondantes.

Une suture n'ayant pas cohérence à être effectuée ailleurs qu'en structure médicale, la cotation en visite n'est délibérément pas mentionnée.

De plus, la tarification est alors moins intéressante qu'au cabinet, ne pouvant bénéficier de la majoration M.

Lorsque la suture a lieu en maison de retraite dans une pièce dédiée aux soins médicaux, on peut légitimement considérer qu'il s'agit d'une structure médicale...

En cas de plaies multiples, additionner leur longueur.

Divers : epistaxis, hématomes, hémorroïdes, sondage, etc. au cabinet médical

Samedi après-midi (arrêté préfectotal non signé) ou garde de journée si actes NON régulés F = 19,06 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement : I.D. / M.D.	nbre	I.K. montant	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
	1						2		3		
Désensibilisation + ablation sans objet en garde	FGLB001	1			12,34					12,34	3,70
Ablation de bouchon de cérumen ou de corps étranger du conduit auditif externe	CAGD001	1		F	36,27					36,27	10,88
Audiométrie tonale ou vocale (inclut l'ablation unilatérale ou bilatérale de bouchon de cérumen ou de corps étranger du méat acoustique externe.)	CDQP0101	1		F	42,31					42,31	12,69
Examen de la vision binoculaire	BLQP0101	1		F	44,38					44,38	13,31
Examen de la vision des couleurs + cotation sans objet en garde	BLQP0101 BLQP0081	1 1		1 2	25,32 9,03					34,35	10,30
Examen de la vision des couleurs : cotation sans objet en garde	BLQP0081	1			18,05					18,05	5,42
Examen de la vision des couleurs : cotation sans objet en garde	BLQP0071	1			42,21					42,21	12,66
Examen de la vision des couleurs : cotation sans objet en garde	BLQP0161	1			38,53					38,53	11,56
Tamponnement nasal antérieur au cabinet	GABD0021	1		M F	70,08					70,08	21,02
Tamponnement nasal antérieur et postérieur au cabinet	GABD0011	1		M F	86,60					86,60	25,98
Ablation d'un corps étranger de la cavité nasale	GAGD0021	1		F	43,64					43,64	13,09
Ablation d'adhérences du prépuce + cotation sans objet en garde Informations	JHPA0031	1		F	0,00					0,00	0,00
Réduction manuelle d'un paraphimosis Informations	JHEP0011	1		F	19,06					19,06	5,72
Excision d'une thrombose hémorroïdaire Vidéo du geste	EGFA0071	1		F	81,76					81,76	24,53
Evacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe Vidéo du geste	EGJA0010	1		F	81,76					81,76	24,53
Évacuation d'un hématome infra-unguéal, par voie transunguéale	QZJB0011	1		F	29,68					29,68	8,90
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur Vidéo du geste	MZLB0011	1		F	45,19					45,19	13,56
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur Vidéo du geste	NZLB0011	1		F	49,88					49,88	14,96
Injection thérapeutique péridurale [épidurale] d'agent pharmacologique	AFLB0071	1			44,90					44,90	13,47
Évacuation de la vessie par cathétérisme transitoire [Sondage vésical évacuateur]	JDJD0011	1		F	35,84					35,84	10,75
Pose d'une sonde urétrovésicale [Sondage vésical à demeure] au cabinet	JDLD0011	1		F	33,79					33,79	10,14
Prélèvement de sang artériel, par voie transcutanée au cabinet	FEHB0011	1		F	28,66					28,66	8,60

Consultation au cabinet médical

Nuit (de 20 H à minuit et de 6 H à 8 H), actes régulés CRN = 42,50 € VRN = 46 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués: Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement: I.D. / M.D. (2)	nbre	I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Consultation			C	CRN		65,50					65,50	19,65
Consultation d'un nourrisson de moins de 2 ans (inclus)			C	MNO	CRN	70,50					70,50	21,15
Consultation d'un enfant entre 2 et 6 ans			C	MGE	CRN	68,50					68,50	20,55
Soins itératifs au cabinet par un médecin généraliste autre que le médecin traitant sous réserve de retour d'information au médecin traitant			C	MCG	CRN	68,50					68,50	20,55
Consultation podiatrique périodique NON COTABLE EN GARDE			C	FPE		26,00					26,00	7,80
Bilan de santé : NON COTABLE EN GARDE				CA		26,00					26,00	7,80

ECG au cabinet médical

Nuit (de 20 H à minuit et de 6 H à 8 H), actes régulés CRN = 42,50 € VRN = 46 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués: Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement: I.D. / M.D. (2)	nbre	I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
ECG	D E Q P 0 0 3	1				13,52					79,02	23,71
			C	CRN		65,50						
ECG avec acte d'urgence/ réanimation	Y Y Y Y 0 1 0	1		M	1	74,88					124,14	37,24
	D E Q P 0 0 3	1			2	6,76						
				CRN		42,50						

Acte d'urgence/réanimation au cabinet médical

[Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : - détresse respiratoire ; - détresse cardiaque ; - détresse d'origine allergique ; - état aigu d'agitation ; - état de mal comitial ; - détresse d'origine traumatique.]

Nuit (de 20 H à minuit et de 6 H à 8 H), actes régulés CRN = 42,50 € VRN = 46 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués: Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement: I.D. / M.D. (2)	nbre	I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Acte d'urgence/réanimation au cabinet	Y Y Y Y 0 1 0	1		M		74,88					117,38	35,21
				CRN		42,50						
Acte d'urgence/ réanimation avec ECG	Y Y Y Y 0 1 0	1		M	1	74,88					124,14	37,24
	D E Q P 0 0 3	1			2	6,76						
				CRN		42,50						

Gynécologie au cabinet médical

Nuit (de 20 H à minuit et de 6 H à 8 H), actes régulés CRN = 42,50 € VRN = 46 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement : I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Frottis : cotation en garde non prévue et sans intérêt tarifaire Informations.	J K H D 0 0 1	1			9,64					9,64	2,89
Prélèvement diagnostique : Cotation en garde non prévue	Q E H P 0 0 2	1			13,26					13,26	3,98
Pose d'un DIU : Cotation sans objet en garde Informations.	J K L D 0 0 1	1			38,40					38,40	11,52
Changement d'un dispositif intra-utérin	J K K D 0 0 1	1			38,40					80,90	24,27
				CRN	42,50						
Ablation d'un dispositif intra-utérin par voie vaginale Informations.	J K G D 0 0 4	1			0,00					42,50	12,75
				CRN	42,50						
Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale	J K G D 0 0 1	1			62,70					105,20	31,56
				CRN	42,50						
Pose de dispositif intravaginal : cotation sans objet en garde	J L L D 0 0 1	1			0,00					42,50	12,75
				CRN	42,50						
Pose d'implant contraceptif souscutané	Q Z L A 0 0 4	1			14,47					56,97	17,09
				CRN	42,50						
Ablation ou changement d'implant contraceptif souscutané	Q Z G A 0 0 2	1			41,80					84,30	25,29
				CRN	42,50						
Libération non chirurgicale de coalescence des petites lèvres de la vulve : cotation sans objet en garde Informations.	J M P P 0 0 1	1			31,35					73,85	22,16
				CRN	42,50						
Libération chirurgicale de coalescence des petites lèvres de la vulve : cotation sans objet en garde Informations.	J M P A 0 0 3	1			31,35					73,85	22,16
				CRN	42,50						
Incision de collection vulvopérinéale	J M P A 0 0 5	1			41,80					84,30	25,29
				CRN	42,50						
Incision de la glande vestibulaire majeure [de Bartholin] Informations	J M P A 0 0 1	1			50,47					92,97	27,89
				CRN	42,50						
Accouchement céphalique unique chez une primipare au cabinet Informations.	J Q G D 0 1 0	1			313,50					313,50	94,05
				CRN							
Accouchement céphalique unique chez une multipare au cabinet	J Q G D 0 1 2	1			313,50					313,50	94,05
				CRN							
Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire (*)				FHV	100,00					191,74	57,52
				FMV	91,74						

(*) Le tarif est forfaitaire. Il inclut le prix des médicaments (à acheter et à délivrer par le médecin) [code= FMV ; *ne pas déclarer en honoraires*] et les 4 consultations du protocole [code = FHV] . Il n'inclut pas la première consultation de demande d'IVG.

La facturation se fait en une seule fois, lors de la 1ère consultation de délivrance de médicament (deuxième consultation du protocole).

Conditions de l'acte :

- le médecin effecteur doit passer une convention avec un établissement public ou privé autorisé à pratiquer des IVG (un exemplaire de cette convention devant être transmis, notamment, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, pour information).
- le médecin doit justifier d'une pratique régulière des IVG médicamenteuses attestée par le directeur d'établissement.

Verrues et autres excroissances cutanées

N'oubliez pas le code "X" (= remboursement sous condition) de certains actes, sinon les patients ne seraient pas remboursés. En dermatologie dans ce chapitre, la condition est que l'acte soit à visée thérapeutique et non esthétique.

Nuit (de 20 H à minuit et de 6 H à 8 H), actes régulés CRN = 42,50 € VRN = 46 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. M.D. 2	frais de déplacement nbre	frais de déplacement I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Traitement de verrue : cotation en garde sans objet	QZNP004	1		X	21,28					21,28	6,38
Traitement de verrue : cotation en garde sans objet	QANP007	1		X	28,80					28,80	8,64
Exérèse tangentielle de 1 à 20 molluscum contagiosum	QZFA010	1		X	21,69					64,19	19,26
				CRN	42,50						
Exérèse tangentielle de 1 à 5 lésions cutanées	QZFA028	1		X	25,00					67,50	20,25
				CRN	42,50						
Exérèse tangentielle de 6 lésions cutanées ou plus	QZFA021	1		X	28,30					70,80	21,24
				CRN	42,50						
Exérèse de 1 à 5 lésions cutanées, par curetage	QZFA013	1		X	23,03					65,53	19,66
				CRN	42,50						
Exérèse de 6 lésions cutanées ou plus, par curetage	QZFA022	1		X	28,81					71,31	21,39
				CRN	42,50						
Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm2 (hors naevus ou tumeur maligne) (1) Vidéo du geste	QZFA036	1		X	28,80					71,30	21,39
				CRN	42,50						
Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision de 2 à 5 zones cutanées de moins de 5 cm² (hors naevus ou tumeur maligne) (1)	QZFA031	1		X	36,87					79,37	23,81
				CRN	42,50						
Exérèse de naevus ou tumeur maligne de moins de 5 cm2 (3) (1) Vidéo du geste	QZFA036	1		X	28,80					106,30	31,89
	FSD				35,00						
				CRN	42,50						
Exérèse de 2 à 5 naevi ou tumeurs malignes de moins de 5 cm² (3) (1)	QZFA031	1		X	36,87					114,37	34,31
	FSD				35,00						
				CRN	42,50						
Dermatoscopie pour surveillance de lésion : non cotable en garde	QZQP001	1			54,10					96,60	28,98
				CRN	42,50						
Exérèse de lésion cutanée du sourcil (1) (4)	BAFA012	1			33,44					75,94	22,78
				CRN	42,50						
Exérèse non transfixiante de lésion de la peau du nez ou de la muqueuse narinaire (1) (4)	GAFA007	1			40,59					83,09	24,93
				CRN	42,50						
Exérèse non transfixiante de lésion de lèvre (1) (4)	HAFA008	1			47,46					89,96	26,99
				CRN	42,50						
Exérèse partielle non transfixiante de l'auricule (1) (4)	CAFA002	1			44,70					87,20	26,16
				CRN	42,50						
Exérèse de lésion de la peau du pénis, du gland et/ou du sillon balanopréputial, sans anesthésie générale ou locorégionale (2)	JHFA015	1			36,85					79,35	23,81
				CRN	42,50						
Exérèse de lésion de la peau du pénis, du gland et/ou du sillon balanopréputial, avec anesthésie générale ou locorégionale (2)	JHFA018	1			77,18					119,68	35,90
				CRN	42,50						
Destruction de lésion du gland et/ou du prépuce du pénis	JHNP001	1			34,71					77,21	23,16
				CRN	42,50						
Exérèse de lésion vulvopérinéale (2)	JMFA002	1			38,45					80,95	24,29
				CRN	42,50						
Traitement de verrue : cotation en garde sans objet	JZNP002	1			28,30					28,30	8,49
Traitement de verrue : cotation en garde sans objet	JZNP001	1			45,45					45,45	13,64

(1) Eventuelle suture de la plaie incluse

(2) Cumul avec suture de la plaie non exclu (Acte le moins cher en second, tarifé à 50 %)

(3) "FSD" est le code du forfait sécurité dermatologie d'une valeur de 35€ ; ce forfait est facturable en sus de certains actes dermatologiques lorsqu'ils sont réalisés pour l'exérèse de un ou plusieurs nævus mélanocytaire(s) ou de une ou plusieurs tumeur(s) cutanée(s) maligne(s) ;

FSD peut être appliqué aux actes ci-dessus annotés (4)

(4) FSD (forfait sécurite dermatologie) possible

Collection : abcès, phlegmon, thrombose, kyste, lymphocèle... (*)

Nuit (de 20 H à minuit et de 6 H à 8 H), actes régulés CRN = 42,50 € VRN = 46 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Évacuation de collection superficielle et/ou profonde de la peau et des tissus mous, par voie transcutanée sans guidage	QZJB002	1			23,59					66,09	19,83
	CRN				42,50						
Évacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct (hors face ou mains) Vidéo du geste	QZJA009	1			26,60					69,10	20,73
	CRN				42,50						
Évacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct (hors face ou mains) puis fermeture par suture (< 3 cm) Vidéo du geste	QZJA009	1		1	26,60					38,40	11,52
	QZJA002	1		2	11,80						
Évacuation de collection profonde de la peau, par abord direct (hors face ou mains) Vidéo du geste	QZJA011	1			45,11					87,61	26,28
	CRN				42,50						
Évacuation de collection profonde de la peau, par abord direct (hors face ou mains) puis fermeture par suture (< 3 cm) Vidéo du geste	QZJA011	1		1	45,11					184,41	55,32
	QZJA002	1		2	11,80						
	CRN				42,50						
	CRN				42,50						
	CRN				42,50						
Mise à plat de lésion infectieuse du cuir chevelu Vidéo du geste	QAPA002	1			70,33					112,83	33,85
	CRN				42,50						
Mise à plat de lésion infectieuse du cuir chevelu puis fermeture par suture Vidéo du geste	QAPA002	1		1	70,33					124,63	37,39
	QZJA002	1		2	11,80						
	CRN				42,50						
	CRN				42,50						
Évacuation de collection de l'auricule (éventuelle suture incluse)	CAJA001	1			36,85					79,35	23,81
	CRN				42,50						
Évacuation de collection de l'auricule puis hémostase secondaire	CAJA001	1		1	42,35					63,04	18,91
	CASA001	1		2	20,69						
	CRN										
Exérèse de lésion souscutanée du sourcil	BAFA010	1			37,76					80,26	24,08
	CRN				42,50						
Incision unilatérale ou bilatérale de collection de paupière (abcès, hématome, kyste) (éventuelle suture incluse)	BAPA002	1			62,70					105,20	31,56
	CRN				42,50						
Ponction ou cytoponction de lésion superficielle par voie transcutanée (sans précision topographique)	ZZHB001	1			19,20					61,70	18,51
	CRN				42,50						
Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	MZHB002	1			20,74					63,24	18,97
	CRN				42,50						
Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZHB002	1			22,76					65,26	19,58
	CRN				42,50						
Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZJB001	1			47,08					89,58	26,87
	CRN				42,50						
Incision ou excision d'un panaris superficiel	MJPA010	1			30,99					73,49	22,05
	CRN				42,50						
Exérèse partielle de l'appareil unguéal (Traitement des ongles incarnés sans panaris, de la mélanonychie)	QZFA039	1			29,34					71,84	21,55
	CRN				42,50						
Incision ou excision d'un panaris superficiel avec exérèse partielle ou totale de la tablette d'un ongle Vidéo du geste	QZFA020	1		1	35,92					93,92	28,17
	MJPA010	1		2	15,50						
	CRN				42,50						
Incision ou excision d'un panaris superficiel avec exérèse totale de l'appareil unguéal Vidéo du geste	QZFA029	1		1	38,79					96,79	29,04
	MJPA010	1		2	15,50						
	CRN				42,50						
Évacuation d'un hématome infra-unguéal, par voie transunguéale	QZJB001	1			10,62					53,12	15,94
	CRN				42,50						
Excision d'une thrombose hémorroïdaire Vidéo du geste	EGFA007	1			62,70					105,20	31,56
	CRN				42,50						
Evacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe Vidéo du geste	EGJA001	1			62,70					105,20	31,56
	CRN				42,50						
Incision de collection vulvopérinéale	JMPA005	1			41,80					84,30	25,29
	CRN				42,50						
Incision de la glande vestibulaire majeure [de Bartholin]	JMPA001	1			50,47					92,97	27,89
	CRN				42,50						
Ponction d'un épanchement péritonéal, par voie transcutanée (Ponction d'ascite)	HPHB003	1			24,51					67,01	20,10
	CRN				42,50						

Le terme "collection" comprend dans la CCAM :
- kyste de la peau et des tissus mous
- hématome de la peau et des tissus mous
- abcès de la peau et des tissus mous
- phlegmon de la peau et des tissus mous
- lymphocèle de la peau et des tissus mous

Ordre.S - https://www.ordre.org

Brûlures

Attention : par une fâcheuse erreur des créateurs et négociateurs de la CCAM (dont des médecins !...), la CCAM ne cote *théoriquement* que les brûlures traitées au bloc opératoire ! En attendant que l'oubli soit réparé dans la CCAM, les protestations ont commencé à donner leurs fruits, puisque la "NGAP résiduelle" permet à présent de coter 2 actes en K (voir tableau ci-dessous). Pour le reste, les cotations en CCAM sont à utiliser ou non selon les conditions locales (accord solidaire entre médecins, accord des caisses) et personnelles (motivation à la lutte contre les absurdités et injustices administratives)...

Nuit (de 20 H à minuit et de 6 H à 8 H), actes régulés CRN = 42,50 € VRN = 46 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de I.D. / M.D. 2	frais de nbre	frais de I.K. mont. 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Nettoyage ou pansement d'une brûlure pour une surface de 10 cm² (hors face ou mains)				K9	CRN	59,78					59,78	17,93
Nettoyage ou pansement d'une brûlure pour une surface inférieure à 10% de la surface du corps (hors face ou mains)				K16	CRN	73,22					73,22	21,97
Nettoyage ou pansement d'une brûlure pour une surface de 10 cm² **de la face ou des mains**				K9 + K9/2	CRN	68,42					68,42	20,53
Nettoyage ou pansement d'une brûlure **de la face ou des mains** pour une surface inférieure à 10% de la surface du corps				K16 + K16/2	CRN	88,58					88,58	26,57
Pansement initial de brûlure (hors tête et mains) < 1% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 2 0 1					32,10					74,60	22,38
					CRN	42,50						
Pansement initial de brûlure (hors tête et mains) entre 1% et 10% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 0 5 1					49,79					92,29	27,69
					CRN	42,50						
Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique cf.	Q A J A 0 1 4 1					77,97					120,47	36,14
					CRN	42,50						
Pansement initial de brûlure sur 1 main cf.	Q C J A 0 0 3 1					66,46					108,96	32,69
					CRN	42,50						
Pansement initial de brûlure sur les 2 mains cf.	Q C J A 0 0 5 1					101,33					143,83	43,15
					CRN	42,50						
Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique et 1 main cf.	Q A J A 0 0 8 1					114,50					157,00	47,10
					CRN	42,50						
Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique et les 2 mains cf.	Q A J A 0 0 7 1					144,10					186,60	55,98
					CRN	42,50						
Pansement secondaire de brûlure (hors tête et mains) < 1% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 0 3 1					57,17					99,67	29,90
					CRN	42,50						
Pansement secondaire de brûlure (hors tête et mains) entre 1% et 10% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 1 0 1					57,17					99,67	29,90
					CRN	42,50						
Pansement secondaire de brûlure sur la face et la tête cf.	Q A J A 0 1 0 1					82,26					124,76	37,43
					CRN	42,50						
Pansement secondaire de brûlure sur 1 main cf.	Q C J A 0 0 4 1					74,86					117,36	35,21
					CRN	42,50						
Pansement secondaire de brûlure sur les 2 mains cf.	Q C J A 0 0 2 1					116,41					158,91	47,67
					CRN	42,50						
Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur l'extrémité céphalique et 1 main cf.	Q A J A 0 1 1 1					127,93					170,43	51,13
					CRN	42,50						
Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur l'extrémité céphalique et les 2 mains cf.	Q A J A 0 0 1 1					160,41					202,91	60,87
					CRN	42,50						

Ablation de corps étrangers (*)

Nuit (de 20 H à minuit et de 6 H à 8 H), actes régulés CRN = 42,50 € VRN = 46 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau (Hors face et mains)	Q Z G A 0 0 4	1			30,99					73,49	22,05
				CRN	42,50						
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau (Hors face et mains) puis fermeture par suture	Q Z G A 0 0 4	1			30,99					85,29	25,59
	Q Z J A 0 0 2	1		2	11,80						
				CRN	42,50						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau (Hors face et mains)	Q Z G A 0 0 7	1			52,23					94,73	28,42
				CRN	42,50						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau (Hors face et mains) puis fermeture par suture	Q Z G A 0 0 7	1			52,23					106,53	31,96
	Q Z J A 0 0 2	1		2	11,80						
				CRN	42,50						
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau du visage ou des mains	Q A G A 0 0 3	1			40,72					83,22	24,97
				CRN	42,50						
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau du visage puis fermeture par suture	Q A G A 0 0 3	1			40,72					98,90	29,67
	Q A J A 0 1 3	1		2	15,68						
				CRN	42,50						
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau de la main puis fermeture par suture	Q A G A 0 0 3	1			40,72					95,02	28,50
	Q Z J A 0 0 2	1		2	11,80						
				CRN	42,50						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau du visage ou des mains	Q A G A 0 0 2	1			63,75					106,25	31,88
				CRN	42,50						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau du visage puis fermeture par suture	Q A G A 0 0 2	1			63,75					121,93	36,58
	Q A J A 0 1 3	1		2	15,68						
				CRN	42,50						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau des mains puis fermeture par suture	Q A G A 0 0 2	1			63,75					118,05	35,41
	Q Z J A 0 0 2	1		2	11,80						
				CRN	42,50						
Ablation secondaire de corps étranger de la paupière	B A G A 0 0 1	1			31,72					74,22	22,27
				CRN	42,50						
Ablation secondaire de corps étranger de la paupière puis fermeture par suture	B A G A 0 0 1	1			31,72					87,04	26,11
	B A C A 0 0 2	1		2	12,82						
				CRN	42,50						
Ablation de bouchon de cérumen ou de corps étranger du conduit auditif externe	C A G D 0 0 1	1			17,21					59,71	17,91
				CRN	42,50						
Ablation de corps étranger de la cavité nasale	G A G D 0 0 2	1			24,58					67,08	20,12
				CRN	42,50						

(*) À l'exclusion de l'ablation de corps étranger *récent* de la peau et des tissus mous *au cours* du parage d'une plaie, qui n'est pas cotable.

En revanche, rien n'interdit dans la CCAM le cumul de la suture qui referme la plaie à l'ablation de corps étranger "ancien".

Orthopédie (*) (**)

Nuit (de 20 H à minuit et de 6 H à 8 H), actes régulés CRN = 42,50 € VRN = 46 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Actes	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement — I.D. / K.D.	nbre	I.K. montant	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
	1				2				3		
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur Vidéo du geste	MZLB001				26,13 CRN 42,50					68,63	20,59
Infiltration thérapeutique du nerf médian dans le canal carpien Vidéo du geste	AHLB006				29,48 CRN 42,50					71,98	21,59
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur Vidéo du geste	NZLB001				30,82 CRN 42,50					73,32	22,00
Injection thérapeutique péridurale [épidurale] d'agent pharmacologique	AFLB007				44,90 CRN 42,50					87,40	26,22
Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage (échographique, radioscopique, ou autre)	ANLB003				0,00 CRN 42,50					42,50	12,75
Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	MZHB002				20,74 CRN 42,50					63,24	18,97
Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZHB002				22,76 CRN 42,50					65,26	19,58
Évacuation de collection articulaire du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	MZJB001				83,60 CRN 42,50					126,10	37,83
Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZJB001				47,08 CRN 42,50					89,58	26,87
Contention souple d'une articulation du membre supérieur	MZMP001				M 58,23 CRN 42,50					100,73	30,22
Confection d'une orthèse statique d'un doigt	MHMP007				38,40 CRN 42,50					80,90	24,27
	MHMP002				38,40 CRN 42,50					80,90	24,27
	MHMP003				38,40 CRN 42,50					80,90	24,27
Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt	MHEP002				M 60,32 CRN 42,50					102,82	30,85
Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du poignet et/ou de la main	MGMP001				34,82 CRN 42,50					77,32	23,20
Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de l'avant-bras, du poignet et/ou de la main ne prenant pas le coude	MZMP006				M 52,11 CRN 42,50					94,61	28,38
Confection d'un appareil rigide au poignet et/ou à la main pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	MZMP004				M 52,52 CRN 42,50					95,02	28,51
	MZMP013				M 55,40 CRN 42,50					97,90	29,37
Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture du coude	MFEP002				M 89,81 CRN 42,50					132,31	39,69
Réduction orthopédique d'une pronation douloureuse du coude	MFEP001				31,35 CRN 42,50					73,85	22,16
Réduction orthopédique d'une luxation scapulohumérale	MEEP002				M 63,08 CRN 42,50					105,58	31,67
Contention orthopédique uni ou bilatérale d'une fracture de clavicule	MADP001				M 68,68 CRN 42,50					111,18	33,35
Confection d'une contention souple de la cheville et/ou du pied, ou confection d'une semelle plâtrée en situation d'urgence	NGMP001				M 47,78 CRN 42,50					90,28	27,08
Confection d'une contention souple de la cheville et/ou du pied, ou semelle plâtrée (geste réservé aux conseils de garde)	NGMP001				20,90					20,90	6,27
Confection d'un appareil rigide cruropédieux [jambopédieux] pour immobilisation initiale de fracture du membre inférieur, sans réduction	NZMP014				M 54,45 CRN 42,50					96,95	29,09
Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la jambe, de la cheville et/ou du pied ne prenant pas le genou (botte plâtrée) en situation d'urgence	NZMP003				M 54,45 CRN 42,50					96,95	29,09
Confection d'une botte plâtrée (geste réservé aux conseils de garde)	NZMP003				27,57					27,57	8,27
Confection d'une contention souple du genou	NFMP001				M 68,68 CRN 42,50					111,18	33,35
Réduction orthopédique d'une luxation temporomandibulaire unilatérale ou bilatérale	LBEP005				15,49 CRN 42,50					57,99	17,40
Réduction orthopédique de fracture de l'os nasal [des os propres du nez]	LAEP002				53,20 CRN 42,50					95,70	28,71
Prise en charge diagnostique (avec radiographie) et thérapeutique dans le même temps d'une lésion ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou des parties molles d'origine traumatique (médecin de montagne)	YYYY011 YYYY006				20,16 11,52 CRN 42,50					74,18	22,25

(*) Un soin technique d'orthopédie n'ayant pas cohérence à être effectué ailleurs qu'en structure médicale, la cotation en visite n'est délibérément pas mentionnée.

De plus, la tarification est alors moins intéressante qu'au cabinet, ne pouvant bénéficier de la majoration M.
Lorsque le soin a lieu en maison de retraite dans une pièce dédiée aux soins médicaux, on peut légitimement considérer qu'il s'agit d'une structure médicale...

(**) L'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.

Sutures (*)

Nuit (de 20 H à minuit et de 6 H à 8 H), actes régulés CRN = 42,50 € VRN = 46 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement : I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Parage ou suture de plaie superficielle inférieure à 3 cm (Hors face et zone pulpo-unguéale)	QZJA0028	1		M	50,47					92,97	27,89
				CRN	42,50						
Parage ou suture de plaie superficielle de 3 cm à 10 cm (Hors face et zone pulpo-unguéale)	QZJA0017	1		M	65,67					108,17	32,45
				CRN	42,50						
Parage ou suture de plaie superficielle de plus de 10 cm (Hors face et zone pulpo-unguéale)	QZJA0015	1		M	71,44					113,94	34,18
				CRN	42,50						
Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de moins de 3 cm de grand axe (hors face et main)	QZJA0016	1		M	72,81					115,31	34,59
				CRN	42,50						
Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe (hors face et main)	QZJA0012	1		M	80,21					122,71	36,81
				CRN	42,50						
Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de plus de 10 cm de grand axe (hors face et main)	QZJA0001	1		M	93,78					136,28	40,88
				CRN	42,50						
Parage ou suture de plaie de sourcil	BACA0008	1		M	52,52					95,02	28,51
				CRN	42,50						
Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, sans atteinte du bord libre	BACA0021	1		M	52,52					95,02	28,51
				CRN	42,50						
Parage ou suture d'une plaie de nez	GAJA0002	1		M	64,71					107,21	32,16
				CRN	42,50						
Parage ou suture d'une plaie superficielle de la face de moins de 3 cm	QAJA0013	1		M	58,23					100,73	30,22
				CRN	42,50						
Parage ou suture d'une plaie superficielle de la face de 3 cm à 10 cm	QAJA0005	1		M	83,22					125,72	37,72
				CRN	42,50						
Suture d'une plaie muqueuse intrabuccale	HAJA0101	1		M	50,18					92,68	27,80
				CRN	42,50						
Suture d'une plaie de la langue	HAJA0091	1		M	55,38					97,88	29,36
				CRN	42,50						
Parage et/ou suture de plaie cutanée non transfixiante de lèvre	HAJA0031	1		M	53,20					95,70	28,71
				CRN	42,50						
Parage et/ou suture de plaie cutanée transfixiante de lèvre	HAJA0061	1		M	65,54					108,04	32,41
				CRN	42,50						
Parage ou suture d'une plaie de l'auricule	CAJA0002	1		M	60,60					103,10	30,93
				CRN	42,50						
Parage ou suture d'une plaie de l'auricule avec hémostase secondaire	CASA0011	1		1	41,38					127,62	38,29
	CAJA0021	1		M 2	43,74						
				CRN	42,50						
Parage ou suture d'1 plaie pulpo-unguéale	QZJA0022	1		M	91,32					133,82	40,15
				CRN	42,50						
Parage ou suture de plusieurs plaies pulpo-unguéales	QZJA0211	1		M	131,07					173,57	52,07
				CRN	42,50						
Couverture du lit de l'ongle par reposition de la tablette ou pose de prothèse provisoire (inclut la suture éventuelle)	QZMP0011	1			62,70					105,20	31,56
				CRN	42,50						

Les circonstances le justifiant le plus souvent, la majoration M (26,88 €) pour soins d'urgence faits au cabinet est systématiquement ajoutée aux sutures.

Cette majoration M nécessite théoriquement l'utilisation de matériel jetable pour les sutures, et n'est pas compatible avec la délivrance au patient d'une ordonnance de fourniture de matériel de suture.

D'autres actes s'accompagnant parfois de sutures sont recensés dans les rubriques correspondantes.

Une suture n'ayant pas cohérence à être effectuée ailleurs qu'en structure médicale, la cotation en visite n'est délibérément pas mentionnée.

De plus, la tarification est alors moins intéressante qu'au cabinet, ne pouvant bénéficier de la majoration M.

Lorsque la suture a lieu en maison de retraite dans une pièce dédiée aux soins médicaux, on peut légitimement considérer qu'il s'agit d'une structure médicale...

En cas de plaies multiples, additionner leur longueur.

Divers : epistaxis, hématomes, hémorroïdes, sondage, etc. au cabinet médical

Nuit (de 20 H à minuit et de 6 H à 8 H), actes régulés CRN = 42,50 € VRN = 46 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement : I.D. / M.D.	nbre	I.K. montant	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
		1			2		3		3		
Désensibilisation + ablation sans objet en garde	F G L B 0 0 1	1			12,34					12,34	3,70
Ablation de bouchon de cérumen ou de corps étranger du conduit auditif externe	C A G D 0 0 1	1			17,21					59,71	17,91
				CRN	42,50						
Audiométrie tonale ou vocale (inclut l'ablation unilatérale ou bilatérale de bouchon de cérumen ou de corps étranger du méat acoustique externe.)	C D Q P 0 1 0	1			23,25					65,75	19,72
				CRN	42,50						
Examen de la vision binoculaire	B L Q P 0 1 0	1			25,32					67,82	20,35
				CRN	42,50						
Examen de la vision des couleurs + cotation sans objet en garde	B L Q P 0 1 0	1		1	25,32					34,35	10,30
	B L Q P 0 0 8	1		2	9,03						
Examen de la vision des couleurs : cotation sans objet en garde	B L Q P 0 0 8	1			18,05					18,05	5,42
Examen de la vision des couleurs : cotation sans objet en garde	B L Q P 0 0 7	1			42,21					42,21	12,66
Examen de la vision des couleurs : cotation sans objet en garde	B L Q P 0 1 6	1			38,53					38,53	11,56
Tamponnement nasal antérieur au cabinet	G A B D 0 0 2	1		M	51,02					93,52	28,06
				CRN	42,50						
Tamponnement nasal antérieur et postérieur au cabinet	G A B D 0 0 1	1		M	67,54					110,04	33,01
				CRN	42,50						
Ablation d'un corps étranger de la cavité nasale	G A G D 0 0 2	1			24,58					67,08	20,12
				CRN	42,50						
Ablation d'adhérences du prépuce + cotation sans objet en garde	J H P A 0 0 3	1			0,00					0,00	0,00
Informations											
Réduction manuelle d'un paraphimosis	J H E P 0 0 1	1			0,00					42,50	12,75
				CRN	42,50						
Informations											
Excision d'une thrombose hémorroïdaire	E G F A 0 0 7	1			62,70					105,20	31,56
				CRN	42,50						
Vidéo du geste											
Evacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe	E G J A 0 0 1	0			62,70					105,20	31,56
				CRN	42,50						
Vidéo du geste											
Évacuation d'un hématome infra-unguéal, par voie transunguéale	Q Z J B 0 0 1	1			10,62					53,12	15,94
				CRN	42,50						
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur	M Z L B 0 0 1	1			26,13					68,63	20,59
				CRN	42,50						
Vidéo du geste											
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur	N Z L B 0 0 1	1			30,82					73,32	22,00
				CRN	42,50						
Vidéo du geste											
Injection thérapeutique péridurale [épidurale] d'agent pharmacologique	A F L B 0 0 7	1			44,90					44,90	13,47
Évacuation de la vessie par cathétérisme transitoire [Sondage vésical évacuateur]	J D J D 0 0 1	1			16,78					59,28	17,79
				CRN	42,50						
Pose d'une sonde urétrovésicale [Sondage vésical à demeure] au cabinet	J D L D 0 0 1	1			14,73					57,23	17,17
				CRN	42,50						
Prélèvement de sang artériel, par voie transcutanée au cabinet	F E H B 0 0 1	1			9,60					52,10	15,63
				CRN	42,50						

Consultation au cabinet médical

Nuit profonde (de minuit à 6 H), actes régulés CRM = 51,50 € VRM = 55 €

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montan 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Consultation			C	CRM		74,50					74,50	22,35
Consultation d'un nourrisson de moins de 2 ans (inclus)			C	MNO	CRM	79,50					79,50	23,85
Consultation d'un enfant entre 2 et 6 ans			C	MGE	CRM	77,50					77,50	23,25
Soins itératifs au cabinet par un médecin généraliste autre que le médecin traitant sous réserve de retour d'information au médecin traitant			C	MCG	CRM	77,50					77,50	23,25
Consultation pédiatrique périodique NON COTABLE EN GARDE			C	FPE		26,00					26,00	7,80
Bilan de santé : NON COTABLE EN GARDE				CA		26,00					26,00	7,80

ECG au cabinet médical

Nuit profonde (de minuit à 6 H), actes régulés CRM = 51,50 € VRM = 55 €

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montan 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
ECG	D E Q P 0 0 3	1				13,52					88,02	26,41
			C	CRM		74,50						
ECG avec acte d'urgence/ réanimation	Y Y Y Y 0 1 0	1		M	1	74,88					133,14	39,94
	D E Q P 0 0 3	1			2	6,76						
				CRM		51,50						

Acte d'urgence/réanimation au cabinet médical

[Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : - détresse respiratoire ; - détresse cardiaque ; - détresse d'origine allergique ; - état aigu d'agitation ; - état de mal comitial ; - détresse d'origine traumatique.]

Nuit profonde (de minuit à 6 H), actes régulés CRM = 51,50 € VRM = 55 €

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montan 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Acte d'urgence/réanimation au cabinet	Y Y Y Y 0 1 0	1		M		74,88					126,38	37,91
				CRM		51,50						
Acte d'urgence/ réanimation avec ECG	Y Y Y Y 0 1 0	1		M	1	74,88					133,14	39,94
	D E Q P 0 0 3	1			2	6,76						
				CRM		51,50						

Gynécologie au cabinet médical

Nuit profonde (de minuit à 6 H), actes régulés CRM = 51,50 € VRM = 55 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement : I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Frottis : cotation en garde non prévue et sans intérêt tarifaire Informations.	J K H D 0 0 1	1			9,64					9,64	2,89
Prélèvement diagnostique : Cotation en garde non prévue	Q E H P 0 0 2	1			13,26					13,26	3,98
Pose d'un DIU : Cotation sans objet en garde Informations.	J K L D 0 0 1	1			38,40					38,40	11,52
Changement d'un dispositif intra-utérin, modificateur F, P ou S non prévus par la CCAM version 2	J K K D 0 0 1	1			38,40					89,90	26,97
				CRM	51,50						
Ablation d'un dispositif intra-utérin par voie vaginale : modificateur F, P ou S non prévus par la CCAM Informations.	J K G D 0 0 4	1			0,00					51,50	15,45
				CRM	51,50						
Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale	J K G D 0 0 1	1			62,70					114,20	34,26
				CRM	51,50						
Pose de dispositif intravaginal : cotation sans objet en garde	J L L D 0 0 1	1			0,00					51,50	15,45
				CRM	51,50						
Pose d'implant contraceptif souscutané : modificateur F, P ou S non prévus par la CCAM	Q Z L A 0 0 4	1			14,47					65,97	19,79
				CRM	51,50						
Ablation ou changement d'implant contraceptif souscutané	Q Z G A 0 0 2	1			41,80					93,30	27,99
				CRM	51,50						
Libération non chirurgicale de coalescence des petites lèvres de la vulve : cotation sans objet en garde Informations.	J M P P 0 0 1	1			31,35					82,85	24,86
				CRM	51,50						
Libération chirurgicale de coalescence des petites lèvres de la vulve : cotation sans objet en garde Informations.	J M P A 0 0 3	1			31,35					82,85	24,86
				CRM	51,50						
Incision de collection vulvopérinéale	J M P A 0 0 5	1			41,80					93,30	27,99
				CRM	51,50						
Incision de la glande vestibulaire majeure [de Bartholin] Informations	J M P A 0 0 1	1			50,47					101,97	30,59
				CRM	51,50						
Accouchement céphalique unique chez une primipare au cabinet Informations.	J Q G D 0 1 0	1			313,50					313,50	94,05
				CRM							
Accouchement céphalique unique chez une multipare au cabinet	J Q G D 0 1 2	1			313,50					313,50	94,05
				CRM							
Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire (*)				FHV	100,00					191,74	57,52
				FMV	91,74						

(*) Le tarif est forfaitaire. Il inclut le prix des médicaments (à acheter et à délivrer par le médecin) [code= FMV ; *ne pas déclarer en honoraires*] et les 4 consultations du protocole [code = FHV] . Il n'inclut pas la première consultation de demande d'IVG.

La facturation se fait en une seule fois, lors de la 1ère consultation de délivrance de médicament (deuxième consultation du protocole).

Conditions de l'acte :

- le médecin effecteur doit passer une convention avec un établissement public ou privé autorisé à pratiquer des IVG (un exemplaire de cette convention devant être transmis, notamment, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, pour information).
- le médecin doit justifier d'une pratique régulière des IVG médicamenteuses attestée par le directeur d'établissement.

Verrues et autres excroissances cutanées

N'oubliez pas le code "X" (= remboursement sous condition) de certains actes, sinon les patients ne seraient pas remboursés. En dermatologie dans ce chapitre, la condition est que l'acte soit à visée thérapeutique et non esthétique.

Nuit profonde (de minuit à 6 H), actes régulés CRM = 51,50 € VRM = 55 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	frais de déplacement nbre	frais de déplacement I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Traitement de verrue, caution en garde sans objet	Q Z N P 0 0 4	1		X	21,28					21,28	6,38
Traitement de verrue, caution en garde sans objet	Q A N P 0 0 7	1		X	28,80					28,80	8,64
Exérèse tangentielle de 1 à 20 lésions cutanées, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM	Q Z F A 0 1 0	1		X	21,69					73,19	21,96
				CRM	51,50						
Exérèse tangentielle de 1 à 5 lésions cutanées, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM	Q Z F A 0 2 8	1		X	25,00					76,50	22,95
				CRM	51,50						
Exérèse tangentielle de 6 à 20 lésions cutanées, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM	Q Z F A 0 2 1	1		X	28,30					79,80	23,94
				CRM	51,50						
Exérèse de 1 à 5 lésions cutanées par curetage, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM	Q Z F A 0 1 3	1		X	23,03					74,53	22,36
				CRM	51,50						
Exérèse de 6 à 20 lésions cutanées ou plus par curetage, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM	Q Z F A 0 2 2	1		X	28,81					80,31	24,09
				CRM	51,50						
Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm2 (hors naevus ou tumeur maligne) (1) Vidéo du geste	Q Z F A 0 3 6	1		X	28,80					80,30	24,09
				CRM	51,50						
Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision de 2 à 5 zones cutanées de moins de 5 cm² (hors naevus ou tumeur maligne) (1)	Q Z F A 0 3 1	1		X	36,87					88,37	26,51
				CRM	51,50						
Exérèse de naevus ou tumeur maligne de moins de 5 cm2 (3) (1) Vidéo du geste	Q Z F A 0 3 6	1		X	28,80					115,30	34,59
	F S D				35,00						
				CRM	51,50						
Exérèse de 2 à 5 naevi ou tumeurs malignes de moins de 5 cm² (3) (1)	Q Z F A 0 3 1	1		X	36,87					123,37	37,01
	F S D				35,00						
				CRM	51,50						
Dermoscopie pour surveillance de lésion : non cotable ici gratuit	Q Z Q P 0 0 1	1			54,10					105,60	31,68
				CRM	51,50						
Exérèse de lésion cutanée du sourcil, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM (1) (4)	B A F A 0 1 2	1			33,44					84,94	25,48
				CRM	51,50						
Exérèse non transmurale de lésion de la peau du nez, de la lèvre, de la muqueuse jugale, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM (1) (4)	G A F A 0 0 7	1			40,59					92,09	27,63
				CRM	51,50						
Exérèse non transmurale de lésion de la peau du nez, de la lèvre, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM (1) (4)	H A F A 0 0 8	1			47,46					98,96	29,69
				CRM	51,50						
Exérèse partielle non cartilagineuse de pavillon, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM (1) (4)	C A F A 0 0 2	1			44,70					96,20	28,86
				CRM	51,50						
Exérèse d'une lésion de la peau du nez, du grand vermillon, du tégument labial, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM (2)	J H F A 0 1 5	1			36,85					88,35	26,51
				CRM	51,50						
Exérèse de lésion de la peau du buste ou du cuir chevelu, sans anesthésie locorégionale, avec anesthésie, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM Version 21 (2)	J H F A 0 1 8	1			77,18					128,68	38,60
				CRM	51,50						
Destruction de lésion ou tissu de la peau du pénis, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM	J H N P 0 0 1	1			34,71					86,21	25,86
				CRM	51,50						
Exérèse de lésion vulvovaginale, modificateur P, P ou S non prévus par la CCAM (2)	J M F A 0 0 2	1			38,45					89,95	26,99
				CRM	51,50						
Traitement de verrue, caution en garde sans objet	J Z N P 0 0 2	1			28,30					28,30	8,49
Traitement de verrue, caution en garde sans objet	J Z N P 0 0 1	1			45,45					45,45	13,64

(1) Eventuelle suture de la plaie incluse

(2) Cumul avec suture de la plaie non exclu (Acte le moins cher en second, tarifé à 50 %)

(3) "FSD" est le code du forfait sécurité dermatologie d'une valeur de 35€ ; ce forfait est facturable en sus de certains actes dermatologiques lorsqu'ils sont réalisés pour l'exérèse de un ou plusieurs nævus mélanocytaire(s) ou de une ou plusieurs tumeur(s) cutanée(s) maligne(s) ;
FSD peut être appliqué aux actes ci-dessus annotés (4)

(4) FSD (forfait sécurite dermatologie) possible

Collection : abcès, phlegmon, thrombose, kyste, lymphocèle... (*)

Nuit profonde (de minuit à 6 H), actes régulés CRM = 51,50 € VRM = 55 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Évacuation de collection superficielle et/ou profonde de la peau et des tissus mous, par voie transcutanée sans guidage	QZJB002	1			23,59					75,09	22,53
				CRM	51,50						
Évacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct (hors face ou mains) Vidéo du geste	QZJA009	1			26,60					78,10	23,43
				CRM	51,50						
Évacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct (hors face ou mains) puis fermeture par suture (< 3 cm) Vidéo du geste	QZJA009	1		1	26,60					38,40	11,52
	QZJA002	1		2	11,80						
Évacuation de collection profonde de la peau, par abord direct (hors face ou mains) Vidéo du geste	QZJA011	1			45,11					96,61	28,98
				CRM	51,50						
Évacuation de collection profonde de la peau, par abord direct (hors face ou mains) puis fermeture par suture (< 3 cm) Vidéo du geste	QZJA011	1		1	45,11					211,41	63,42
	QZJA002	1		2	11,80						
				CRM	51,50						
				CRM	51,50						
				CRM	51,50						
Mise à plat de lésion infectieuse du cuir chevelu Vidéo du geste	QAPA002	1			70,33					121,83	36,55
				CRM	51,50						
Mise à plat de lésion infectieuse du cuir chevelu puis fermeture par suture Vidéo du geste	QAPA002	1		1	70,33					133,63	40,09
	QZJA002	1		2	11,80						
				CRM	51,50						
				CRM	51,50						
Évacuation de collection de l'auricule (éventuelle suture incluse)	CAJA001	1			36,85					88,35	26,51
				CRM	51,50						
Évacuation de collection de l'auricule puis hémostase secondaire	CAJA001	1		1	42,35					63,04	18,91
	CASA001	1		2	20,69						
				CRM							
Exérèse de lésion souscutanée du sourcil	BAFA010	1			37,76					89,26	26,78
				CRM	51,50						
Incision unilatérale ou bilatérale de collection de paupière (abcès, hématome, kyste) (éventuelle suture incluse)	BAPA002	1			62,70					114,20	34,26
				CRM	51,50						
Ponction ou aspiration de lésion superficielle, modificateur F, P ou S non prévus par la CCAM	ZZHB001	1			19,20					70,70	21,21
				CRM	51,50						
Ponction d'une articulation du membre supérieur, modificateur F, P ou S non prévus par la CCAM	MZHB002	1			20,74					72,24	21,67
				CRM	51,50						
Ponction d'une articulation du membre inférieur, modificateurs F, P ou S non prévus par la CCAM	NZHB002	1			22,76					74,26	22,28
				CRM	51,50						
Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZJB001	1			47,08					98,58	29,57
				CRM	51,50						
Incision ou excision d'un panaris superficiel	MJPA010	1			30,99					82,49	24,75
				CRM	51,50						
Exérèse partielle de l'appareil unguéal (Traitement des ongles incarnés sans panaris, de la mélanonychie)	QZFA039	1			29,34					80,84	24,25
				CRM	51,50						
Incision ou excision d'un panaris superficiel avec exérèse partielle ou totale de la tablette d'un ongle Vidéo du geste	QZFA020	1		1	35,92					102,92	30,87
	MJPA010	1		2	15,50						
				CRM	51,50						
Incision ou excision d'un panaris superficiel avec exérèse totale de l'appareil unguéal Vidéo du geste	QZFA029	1		1	38,79					105,79	31,74
	MJPA010	1		2	15,50						
				CRM	51,50						
Évacuation d'un hématome infra-unguéal, par voie transunguéale	QZJB001	1			10,62					62,12	18,64
				CRM	51,50						
Excision d'une thrombose hémorroïdaire Vidéo du geste	EGFA007	1			62,70					114,20	34,26
				CRM	51,50						
Evacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe Vidéo du geste	EGJA001	1			62,70					114,20	34,26
				CRM	51,50						
Incision de collection vulvopérinéale	JMPA005	1			41,80					93,30	27,99
				CRM	51,50						
Incision de la glande vestibulaire majeure [de Bartholin]	JMPA001	1			50,47					101,97	30,59
				CRM	51,50						
Ponction d'un épanchement péritonéal, par voie transcutanée (Ponction d'ascite)	HPHB003	1			24,51					76,01	22,80
				CRM	51,50						

Le terme "collection" comprend dans la CCAM :
- kyste de la peau et des tissus mous
- hématome de la peau et des tissus mous
- abcès de la peau et des tissus mous
- phlegmon de la peau et des tissus mous
- lymphocèle de la peau et des tissus mous

Créé le : http://www.chirgi.org

Brûlures

Attention : par une fâcheuse erreur des créateurs et négociateurs de la CCAM (dont des médecins !...), la CCAM ne cote *théoriquement* que les brûlures traitées au bloc opératoire ! En attendant que l'oubli soit réparé dans la CCAM, les protestations ont commencé à donner leurs fruits, puisque la "NGAP résiduelle" permet à présent de coter 2 actes en K (voir tableau ci-dessous). Pour le reste, les cotations en CCAM sont à utiliser ou non selon les conditions locales (accord solidaire entre médecins, accord des caisses) et personnelles (motivation à la lutte contre les absurdités et injustices administratives)...

Nuit profonde (de minuit à 6 H), actes régulés CRM = 51,50 € VRM = 55 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de I.D. / M.D. 2	frais de nbre	frais de I.K. mont. 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Nettoyage ou pansement d'une brûlure pour une surface de 10 cm² (hors face ou mains)				K9	CRM	68,78					68,78	20,63
Nettoyage ou pansement d'une brûlure pour une surface inférieure à 10% de la surface du corps (hors face ou mains)				K16	CRM	82,22					82,22	24,67
Nettoyage ou pansement d'une brûlure pour une surface de 10 cm² **de la face ou des mains**				K9 + K9/2	CRM	77,42					77,42	23,23
Nettoyage ou pansement d'une brûlure **de la face ou des mains** pour une surface inférieure à 10% de la surface du corps				K16 + K16/2	CRM	97,58					97,58	29,27
Pansement initial de brûlure (hors tête et mains) < 1% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 2 0 1				CRM	32,10 51,50					83,60	25,08
Pansement initial de brûlure (hors tête et mains) entre 1% et 10% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 0 5 1				CRM	49,79 51,50					101,29	30,39
Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique cf.	Q A J A 0 1 4 1				CRM	77,97 51,50					129,47	38,84
Pansement initial de brûlure sur 1 main cf.	Q C J A 0 0 3 1				CRM	66,46 51,50					117,96	35,39
Pansement initial de brûlure sur les 2 mains cf.	Q C J A 0 0 5 1				CRM	101,33 51,50					152,83	45,85
Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique et 1 main cf.	Q A J A 0 0 8 1				CRM	114,50 51,50					166,00	49,80
Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique et les 2 mains cf.	Q A J A 0 0 7 1				CRM	144,10 51,50					195,60	58,68
Pansement secondaire de brûlure (hors tête et mains) < 1% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 0 3 1				CRM	57,17 51,50					108,67	32,60
Pansement secondaire de brûlure (hors tête et mains) entre 1% et 10% de la surface corporelle cf.	Q Z J A 0 1 0 1				CRM	57,17 51,50					108,67	32,60
Pansement secondaire de brûlure sur la face et la tête cf.	Q A J A 0 1 0 1				CRM	82,26 51,50					133,76	40,13
Pansement secondaire de brûlure sur 1 main cf.	Q C J A 0 0 4 1				CRM	74,86 51,50					126,36	37,91
Pansement secondaire de brûlure sur les 2 mains cf.	Q C J A 0 0 2 1				CRM	116,41 51,50					167,91	50,37
Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur l'extrémité céphalique et 1 main cf.	Q A J A 0 1 1 1				CRM	127,93 51,50					179,43	53,83
Pansement chirurgical secondaire de brûlure sur l'extrémité céphalique et les 2 mains cf.	Q A J A 0 0 1 1				CRM	160,41 51,50					211,91	63,57

Ablation de corps étrangers (*)

Nuit profonde (de minuit à 6 H), actes régulés CRM = 51,50 € VRM = 55 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau (Hors face et mains)	Q Z G A 0 0 4	1				30,99					82,49	24,75
				CRM		51,50						
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau (Hors face et mains) puis fermeture par suture	Q Z G A 0 0 4	1			1	30,99					94,29	28,29
	Q Z J A 0 0 2	1			2	11,80						
				CRM		51,50						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau (Hors face et mains)	Q Z G A 0 0 7	1				52,23					103,73	31,12
				CRM		51,50						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau (Hors face et mains) puis fermeture par suture	Q Z G A 0 0 7	1			1	52,23					115,53	34,66
	Q Z J A 0 0 2	1			2	11,80						
				CRM		51,50						
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau du visage ou des mains	Q A G A 0 0 3	1				40,72					92,22	27,67
				CRM		51,50						
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau du visage puis fermeture par suture	Q A G A 0 0 3	1			1	40,72					107,90	32,37
	Q A J A 0 1 3	1			2	15,68						
				CRM		51,50						
Ablation d'1 corps étranger superficiel de la peau de la main puis fermeture par suture	Q A G A 0 0 3	1			1	40,72					104,02	31,20
	Q Z J A 0 0 2	1			2	11,80						
				CRM		51,50						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau du visage ou des mains	Q A G A 0 0 2	1				63,75					115,25	34,58
				CRM		51,50						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau du visage puis fermeture par suture	Q A G A 0 0 2	1			1	63,75					130,93	39,28
	Q A J A 0 1 3	1			2	15,68						
				CRM		51,50						
Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau des mains puis fermeture par suture	Q A G A 0 0 2	1			1	63,75					127,05	38,11
	Q Z J A 0 0 2	1			2	11,80						
				CRM		51,50						
Ablation secondaire de corps étranger de la paupière	B A G A 0 0 1	1				31,72					83,22	24,97
				CRM		51,50						
Ablation secondaire de corps étranger de la paupière puis fermeture par suture	B A G A 0 0 1	1			1	31,72					96,04	28,81
	B A C A 0 0 2	1			2	12,82						
				CRM		51,50						
Ablation de bouchon de cérumen ou de corps étranger du conduit auditif externe	C A G D 0 0 1	1				17,21					68,71	20,61
				CRM		51,50						
Ablation de corps étranger de la cavité nasale	G A G D 0 0 2	1				24,58					76,08	22,82
				CRM		51,50						

(*) À l'exclusion de l'ablation de corps étranger *récent* de la peau et des tissus mous *au cours* du parage d'une plaie, qui n'est pas cotable.

En revanche, rien n'interdit dans la CCAM le cumul de la suture qui referme la plaie à l'ablation de corps étranger "ancien".

Orthopédie (*) (**)

Nuit profonde (de minuit à 6 H), actes régulés CRM = 51,50 € VRM = 55 €

Actes	Code des actes	Actes/clé	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement : I.D. / M.D.	frais de déplacement : nbre	frais de déplacement : I.K. montant	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
		1			2				3		
Injection thérapeutique articulaire [ponction-instillation] [arthrocentèse] [arthrocentèse] [infiltration] d'agent pharmacologique + modificateur F, P ou S non prises par la CCAM Vidéo du geste	MZLB001 1			CRM	26,13 51,50					77,63	23,29
Injection thérapeutique articulaire [ponction-instillation] [arthrocentèse] [arthrocentèse] [infiltration] d'agent pharmacologique + modificateur F, P ou S non prises par la CCAM Vidéo du geste	AHLB006 1			CRM	29,48 51,50					80,98	24,29
Injection thérapeutique articulaire [ponction-instillation] [arthrocentèse] [arthrocentèse] [infiltration] d'agent pharmacologique + modificateur F, P ou S non prises par la CCAM Vidéo du geste	NZLB001 1			CRM	30,82 51,50					82,32	24,70
Injection thérapeutique péridurale [épidurale] d'agent pharmacologique	AFLB007 1			CRM	44,90 51,50					96,40	28,92
[illegible]	ANLB003 1			CRM	0,00 51,50					51,50	15,45
Ponction intra-articulaire du genou [arthrocentèse] [arthrocentèse] [infiltration] d'agent pharmacologique + modificateur F, P ou S non prises par la CCAM	MZHB002 1			CRM	20,74 51,50					72,24	21,67
Ponction intra-articulaire du genou [arthrocentèse] [arthrocentèse] [infiltration] d'agent pharmacologique + modificateur F, P ou S non prises par la CCAM	NZHB002 1			CRM	22,76 51,50					74,26	22,28
Évacuation de collection articulaire du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	MZJB001 1			CRM	83,60 51,50					135,10	40,53
Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZJB001 1			CRM	47,08 51,50					98,58	29,57
Contention souple d'une articulation du membre supérieur	MZMP001 1			M CRM	58,23 51,50					109,73	32,92
Confection d'une orthèse statique d'un doigt	MHMP007 1			CRM	38,40 51,50					89,90	26,97
[illegible]	MHMP002 1			CRM	38,40 51,50					89,90	26,97
[illegible]	MHMP003 1			CRM	38,40 51,50					89,90	26,97
Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt	MHEP002 1			M CRM	60,32 51,50					111,82	33,55
Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du poignet et/ou de la main	MGMP001 1			CRM	34,82 51,50					86,32	25,90
Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de l'avant-bras, du poignet et/ou de la main ne prenant pas le coude	MZMP006 1			M CRM	52,11 51,50					103,61	31,08
Confection d'un appareil rigide au poignet et/ou à la main pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	MZMP004 1			M CRM	52,52 51,50					104,02	31,21
[illegible]	MZMP013 1			M CRM	55,40 51,50					106,90	32,07
Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture du coude	MFEP002 1			M CRM	89,81 51,50					141,31	42,39
Réduction orthopédique d'une pronation douloureuse du coude	MFEP001 1			CRM	31,35 51,50					82,85	24,86
Réduction orthopédique d'une luxation scapulohumérale	MEEP002 1			M CRM	63,08 51,50					114,58	34,37
Contention orthopédique uni ou bilatérale d'une fracture de clavicule	MADP001 1			M CRM	68,68 51,50					120,18	36,05
Confection d'une contention souple de la cheville et/ou du pied, ou confection d'une semelle plâtrée **en situation d'urgence**	NGMP001 1			M CRM	47,78 51,50					99,28	29,78
Contention souple de la cheville et/ou du pied, ou semelle plâtrée (geste prévu : non compris le gant)	NGMP001 1				20,90					20,90	6,27
Confection d'un appareil rigide cruropédieux [jambopédieux] pour immobilisation initiale de fracture du membre inférieur, sans réduction	NZMP014 1			M CRM	54,45 51,50					105,95	31,79
Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la jambe, de la cheville et/ou du pied ne prenant pas le genou (botte plâtrée) **en situation d'urgence**	NZMP003 1			M CRM	54,45 51,50					105,95	31,79
Confection d'une botte plâtrée (geste prévu : non compris le gant)	NZMP003 1				27,57					27,57	8,27
Confection d'une contention souple du genou	NFMP001 1			M CRM	68,68 51,50					120,18	36,05
Réduction orthopédique d'une luxation temporomandibulaire unilatérale ou bilatérale	LBEP005 1			CRM	15,49 51,50					66,99	20,10
Réduction orthopédique de fracture de l'os nasal [des os propres du nez]	LAEP002 1			CRM	53,20 51,50					104,70	31,41
Prise en charge diagnostique (**avec radiographie**) et thérapeutique dans le même temps d'une lésion ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou des parties molles d'origine traumatique (médecin de montagne)	YYYY011 1 YYYY008 1			CRM	20,16 11,52 51,50					83,18	24,95

(*) Un soin technique d'orthopédie n'ayant pas cohérence à être effectué ailleurs qu'en structure médicale, la cotation en visite n'est délibérément pas mentionnée.

De plus, la tarification est alors moins intéressante qu'au cabinet, ne pouvant bénéficier de la majoration M.
Lorsque le soin a lieu en maison de retraite dans une pièce dédiée aux soins médicaux, on peut légitimement considérer qu'il s'agit d'une structure médicale...

(**) L'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.

Sutures (*)

Nuit profonde (de minuit à 6 H), actes régulés CRM = 51,50 € VRM = 55 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement : I.D. M.D. 2 / nbre / I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Parage ou suture de plaie superficielle inférieure à 3 cm (Hors face et zone pulpo-unguéale)	QZJA0028	1		M	50,47			101,97	30,59
				CRM	51,50				
Parage ou suture de plaie superficielle de 3 cm à 10 cm (Hors face et zone pulpo-unguéale)	QZJA0171	1		M	65,67			117,17	35,15
				CRM	51,50				
Parage ou suture de plaie superficielle de plus de 10 cm (Hors face et zone pulpo-unguéale)	QZJA0151	1		M	71,44			122,94	36,88
				CRM	51,50				
Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de moins de 3 cm de grand axe (hors face et main)	QZJA0161	1		M	72,81			124,31	37,29
				CRM	51,50				
Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe (hors face et main)	QZJA0162	1		M	80,21			131,71	39,51
				CRM	51,50				
Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de plus de 10 cm de grand axe (hors face et main)	QZJA0001	1		M	93,78			145,28	43,58
				CRM	51,50				
Parage ou suture de plaie de sourcil	BACA0008	1		M	52,52			104,02	31,21
				CRM	51,50				
Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, sans atteinte du bord libre	BACA0002	1		M	52,52			104,02	31,21
				CRM	51,50				
Parage ou suture d'une plaie de nez	GAJA0002	1		M	64,71			116,21	34,86
				CRM	51,50				
Parage ou suture d'une plaie superficielle de la face de moins de 3 cm	QAJA0133	1		M	58,23			109,73	32,92
				CRM	51,50				
Parage ou suture d'une plaie superficielle de la face de 3 cm à 10 cm	QAJA0055	1		M	83,22			134,72	40,42
				CRM	51,50				
Suture d'une plaie muqueuse intrabuccale	HAJA0101	1		M	50,18			101,68	30,50
				CRM	51,50				
Suture d'une plaie de la langue	HAJA0091	1		M	55,38			106,88	32,06
				CRM	51,50				
Parage et/ou suture de plaie cutanée non transfixiante de lèvre	HAJA0031	1		M	53,20			104,70	31,41
				CRM	51,50				
Parage et/ou suture de plaie cutanée transfixiante de lèvre	HAJA0061	1		M	65,54			117,04	35,11
				CRM	51,50				
Parage ou suture d'une plaie de l'auricule	CAJA0002	1		M	60,60			112,10	33,63
				CRM	51,50				
Parage ou suture d'une plaie de l'auricule avec hémostase secondaire	CASA0011	1			41,38			136,62	40,99
	CAJA0022	1		M	43,74	2			
				CRM	51,50				
Parage ou suture d'1 plaie pulpo-unguéale	QZJA0222	1		M	91,32			142,82	42,85
				CRM	51,50				
Parage ou suture de plusieurs plaies pulpo-unguéales	QZJA0211	1		M	131,07			182,57	54,77
				CRM	51,50				
Couverture du lit de l'ongle par reposition de la tablette ou pose de prothèse provisoire (inclut la suture éventuelle)	QZMP0011	1			62,70			114,20	34,26
				CRM	51,50				

Les circonstances le justifiant le plus souvent, la majoration M (26,88 €) pour soins d'urgence faits au cabinet est systématiquement ajoutée aux sutures.

Cette majoration M nécessite théoriquement l'utilisation de matériel jetable pour les sutures, et n'est pas compatible avec la délivrance au patient d'une ordonnance de fourniture de matériel de suture.

D'autres actes s'accompagnant parfois de sutures sont recensés dans les rubriques correspondantes.

Une suture n'ayant pas cohérence à être effectuée ailleurs qu'en structure médicale, la cotation en visite n'est délibérément pas mentionnée.

De plus, la tarification est alors moins intéressante qu'au cabinet, ne pouvant bénéficier de la majoration M.

Lorsque la suture a lieu en maison de retraite dans une pièce dédiée aux soins médicaux, on peut légitimement considérer qu'il s'agit d'une structure médicale...

En cas de plaies multiples, additionner leur longueur.

Divers : epistaxis, hématomes, hémorroïdes, sondage, etc. au cabinet médical

Nuit profonde (de minuit à 6 H), actes régulés CRM = 51,50 € VRM = 55 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement : I.D. / M.D.	nbre	I.K. montant	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
					1		2		3		
Désensibilisation + ablation sans objet en garde	FGLB0 0 1	1			12,34					12,34	3,70
Ablation de bouchon de cérumen ou de corps étranger du conduit auditif externe	CAGD0 0 1	1		CRM	17,21 51,50					68,71	20,61
Audiométrie tonale ou vocale (inclut l'ablation unilatérale ou bilatérale de bouchon de cérumen ou de corps étranger du méat acoustique externe.)	CDQP0 1 0	1		CRM	23,25 51,50					74,75	22,42
Examen de la vision binoculaire	BLQP0 1 0	1		CRM	25,32 51,50					76,82	23,05
Examen de la vision des couleurs + cotation sans objet en garde	BLQP0 1 0	1		1	25,32					34,35	10,30
	BLQP0 0 8	1		2	9,03						
Examen de la vision des couleurs : cotation sans objet en garde	BLQP0 0 8	1			18,05					18,05	5,42
Examen de la vision des couleurs : cotation sans objet en garde	BLQP0 0 7	1			42,21					42,21	12,66
Examen de la vision des couleurs : cotation sans objet en garde	BLQP0 1 6	1			38,53					38,53	11,56
Tamponnement nasal antérieur au cabinet	GABD0 0 2	1		M CRM	51,02 51,50					102,52	30,76
Tamponnement nasal antérieur et postérieur au cabinet	GABD0 0 1	1		M CRM	67,54 51,50					119,04	35,71
Ablation d'un corps étranger de la cavité nasale	GAGD0 0 2	1		CRM	24,58 51,50					76,08	22,82
Libération d'adhérences du prépuce + cotation sans objet en garde Informations	JHPA0 0 3	1			0,00					0,00	0,00
Réduction manuelle d'un paraphimosis, médicamenteux, hors cas prévus par la CCAM Informations	JHEP0 0 1	1		CRM	0,00 51,50					51,50	15,45
Excision d'une thrombose hémorroïdaire Vidéo du geste	EGFA0 0 7	1		CRM	62,70 51,50					114,20	34,26
Evacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe Vidéo du geste	EGJA0 0 1	0		CRM	62,70 51,50					114,20	34,26
Évacuation d'un hématome infra-unguéal, par voie transunguéale	QZJB0 0 1	1		CRM	10,62 51,50					62,12	18,64
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse, médicateur, hors cas prévus par la CCAM Vidéo du geste	MZLB0 0 1	1		CRM	26,13 51,50					77,63	23,29
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une arthrocentèse d'une bourse séreuse, médicateur, hors cas prévus par la CCAM Vidéo du geste	NZLB0 0 1	1		CRM	30,82 51,50					82,32	24,70
Injection thérapeutique péridurale [épidurale] d'agent pharmacologique	AFLB0 0 7	1			44,90					44,90	13,47
Évacuation de la vessie par cathétérisme transitoire [Sondage vésical évacuateur]	JDJD0 0 1	1		CRM	16,78 51,50					68,28	20,49
Pose d'une sonde urétrovésicale [Sondage vésical à demeure] au cabinet	JDLD0 0 1	1		CRM	14,73 51,50					66,23	19,87
Prélèvement de sang artériel, par voie transcutanée au cabinet	FEHB0 0 1	1		CRM	9,60 51,50					61,10	18,33

Visite (*)

Journée ouvrable et samedi matin

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montan 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Visite			V	MD		33,00					33,00	9,90
Visite d'un nourrisson de moins de 2 ans (inclus)			V	MNO	MD	38,00					38,00	11,40
Visite d'un enfant entre 2 et 6 ans			V	MGE	MD	36,00					36,00	10,80
Acte de coordination en visite par un médecin généraliste autre que le médecin traitant : non cotable en visite ‼			C	MCG							0,00	0,00
Consultation pédiatrique périodique des nourrissons en visite			V	FPE	MD	38,00					38,00	11,40
Bilan de santé annuel : non cotable en visite											0,00	0,00

(*) Lorsque plusieurs patients sont vus en visite ensemble au même domicile, seule une consultation donne droit à la cotation en visite ; les autres sont cotées en C.

ECG en visite

Journée ouvrable et samedi matin

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montan 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
ECG en visite	D E Q P 0 0 3	1				13,52					56,12	16,84
						9,60						
			V	MD		33,00						
ECG avec acte d'urgence/ réanimation en visite	Y Y Y Y 0 1 0	1			1	48,00					67,86	20,36
	D E Q P 0 0 3	1			2	6,76						
						9,60						
								3,50				

Acte d'urgence/réanimation en visite

[Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : - détresse respiratoire ; - détresse cardiaque ; - détresse d'origine allergique ; - état aigu d'agitation ; - état de mal comitial ; - détresse d'origine traumatique.]

Journée ouvrable et samedi matin

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montan 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Acte d'urgence/réanimation en visite	Y Y Y Y 0 1 0	1				48,00					51,50	15,45
								3,50				
Acte d'urgence/ réanimation avec ECG en visite	Y Y Y Y 0 1 0	1			1	48,00					67,86	20,36
	D E Q P 0 0 3	1			2	6,76						
						9,60						
								3,50				
Urgence psychiatrique avec délivrance à domicile d'un certificat d'internement (*)	Y Y Y Y 0 1 0	1				48,00					61,10	18,33
				K 10		9,60		3,50				

(*) Acte de délivrance à domicile d'un certificat d'internement en NGAP résiduelle en attendant son classement en CCAM.

Neuropsychiatrie en visite

Journée ouvrable MU = 22,60 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Délivrance à domicile d'un certificat d'internement (*)				K 10	19,20		3,50			22,70	6,81
Urgence psychiatrique avec délivrance à domicile d'un certificat d'internement (*)	Y Y Y Y 0 1 0 1				48,00					61,10	18,33
				K 10	9,60		3,50				

(*) Acte en NGAP résiduelle en attendant son classement en CCAM.

Gynécologie en visite

Journée ouvrable

Actes	Feuille de soins – Actes effectués																	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
	Code des actes							Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2		nbre	I.K. montant 3		
Accouchement céphalique unique chez une primipare en visite	J	Q	G	D	0	1	0	1				313,50						317,00	95,10
														3,50					
Accouchement céphalique unique chez une multipare en visite	J	Q	G	D	0	1	2	1				313,50						317,00	95,10
														3,50					

Divers : epistaxis, hématomes, hémorroïdes, sondage, etc. en visite

Journée ouvrable

Actes	Feuille de soins – Actes effectués																	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
	Code des actes							Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2		nbre	I.K. montant 3		
Tamponnement nasal antérieur en visite	G	A	B	D	0	0	2	1				24,14						27,64	8,29
														3,50					
Tamponnement nasal antérieur et postérieur en visite	G	A	B	D	0	0	1	1				40,66						40,66	12,20
Évacuation de la vessie par cathétérisme transitoire [Sondage vésical évacuateur] en visite	J	D	J	D	0	0	1	1				15,55						19,05	5,72
														3,50					
Pose d'une sonde urétrovésicale [Sondage vésical à demeure] en visite	J	D	L	D	0	0	1	1				13,85						17,35	5,21
														3,50					
Prélèvement de sang artériel, par voie transcutanée en visite	F	E	H	B	0	0	1	1				9,60						13,10	3,93
														3,50					

Visite en urgence obligeant à quitter les consultations

Journée ouvrable et samedi matin, MU = 22,60 €

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	frais de déplacement nbre	frais de déplacement I.K. montan 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Visite en urgence obligeant à quitter le cabinet pendant les consultations			V	MU		44,60					44,60	13,38
Visite d'un nourrisson de moins de 2 ans en urgence obligeant à quitter le cabinet pendant les consultations			V	MNO	MU	49,60					49,60	14,88
Visite d'un enfant entre 2 et 6 ans en urgence obligeant à quitter le cabinet pendant les consultations			V	MGE	MU	47,60					47,60	14,28
Acte de coordination en visite par un médecin généraliste autre que le médecin traitant : non cotable en visite (!)			C	MCG							0,00	0,00

ECG en visite en urgence obligeant à quitter les consultations

Journée ouvrable et samedi matin, MU = 22,60 €

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	frais de déplacement nbre	frais de déplacement I.K. montan 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
ECG en visite en urgence obligeant à quitter le cabinet pendant les consultations	D E Q P 0 0 3	1				13,52					67,72	20,32
						9,60						
			V	MU		44,60						
ECG avec acte d'urgence/ réanimation en visite en urgence obligeant à quitter le cabinet pendant les consultations	Y Y Y Y 0 1 0	1			1	48,00					86,96	26,09
	D E Q P 0 0 3	1			2	6,76						
						9,60						
				MU		22,60						

Acte d'urgence/réanimation en visite en urgence obligeant à quitter les consultations

[Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : - détresse respiratoire ; - détresse cardiaque ; - détresse d'origine allergique ; - état aigu d'agitation ; - état de mal comitial ; - détresse d'origine traumatique.]

Journée ouvrable et samedi matin, MU = 22,60 €

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	frais de déplacement nbre	frais de déplacement I.K. montan 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Acte d'urgence/réanimation en visite en urgence obligeant à quitter le cabinet pendant les consultations	Y Y Y Y 0 1 0	1				48,00					70,60	21,18
				MU		22,60						
Acte d'urgence/ réanimation avec ECG en visite en urgence obligeant à quitter le cabinet pendant les consultations	Y Y Y Y 0 1 0	1			1	48,00					86,96	26,09
	D E Q P 0 0 3	1			2	6,76						
						9,60						
				MU		22,60						
Urgence psychiatrique avec délivrance à domicile d'un certificat d'internement (*)	Y Y Y Y 0 1 0	1				48,00					89,80	26,94
				K 10	MU	41,80						

(*) Acte de délivrance à domicile d'un certificat d'internement en NGAP résiduelle en attendant son classement en CCAM.

Neuropsychiatrie en visite

Journée ouvrable MU = 22,60 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués																	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
	Code des actes							Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D.		nbre	I.K. montant		
												1		2			3		
Délivrance à domicile d'un certificat d'internement (*)										K 10	MU	41,80						41,80	12,54
Urgence psychiatrique avec délivrance à domicile d'un certificat d'internement (*)	Y	Y	Y	Y	0	1	0	1		K 10	MU	48,00 32,20						80,20	24,06

(*) Acte en NGAP résiduelle en attendant son classement en CCAM.

Gynécologie en visite en urgence obligeant à quitter les consultations

Journée ouvrable MU = 22,60 €

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Accouchement céphalique unique chez une primipare en visite obligeant à quitter le cabinet pendant les consultations	J Q G D 0 1 0	1			313,50					336,10	100,83
				MU	22,60						
Accouchement céphalique unique chez une multipare en visite obligeant à quitter le cabinet pendant les consultations	J Q G D 0 1 2	1			313,50					336,10	100,83
				MU	22,60						

Divers actes en visite en urgence obligeant à quitter les consultations

Journée ouvrable MU = 22,60 €

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Tamponnement nasal antérieur en visite obligeant à quitter le cabinet pendant les consultations	G A B D 0 0 2	1			51,02					73,62	22,09
				MU	22,60						
Tamponnement nasal antérieur et postérieur en visite obligeant à quitter le cabinet pendant les consultations	G A B D 0 0 1	1			67,54					90,14	27,04
				MU	22,60						
Évacuation de la vessie par cathétérisme transitoire [Sondage vésical évacuateur] en visite obligeant à quitter le cabinet pendant les consultations	J D J D 0 0 1	1			15,55					38,15	11,45
				MU	22,60						
Pose d'une sonde urétrovésicale [Sondage vésical à demeure] en visite obligeant à quitter le cabinet pendant les consultations	J D L D 0 0 1	1			13,85					36,45	10,94
				MU	22,60						
Prélèvement de sang artériel, par voie transcutanée en visite obligeant à quitter le cabinet pendant les consultations	F E H B 0 0 1	1			9,60					32,20	9,66
				MU	22,60						

Visite

Dimanche, samedi après-midi (arrêté départemental signé) et Férié, actes régulés VRD = 30 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement I.D./M.D. (2)	nbre	I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Visite			V	VRD		53,00					53,00	15,90
Visite d'un nourrisson de moins de 2 ans (inclus)			V	MNO	VRD	58,00					58,00	17,40
Visite d'un enfant entre 2 et 6 ans			V	MGE	VRD	56,00					56,00	16,80
Acte de coordination en visite par un médecin généraliste autre que le médecin traitant : non cotable en visite (!)			C	MCG							0,00	0,00
Consultation pédiatrique périodique NON COTABLE EN GARDE											0,00	0,00
Bilan de santé : NON COTABLE EN GARDE											0,00	0,00

ECG en visite

Dimanche, samedi après-midi (arrêté départemental signé) et Férié, actes régulés VRD = 30 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement I.D./M.D. (2)	nbre	I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
ECG en visite	D E Q P 0 0 3	1				13,52					76,12	22,84
						9,60						
			V	VRD		53,00						
ECG avec acte d'urgence/ réanimation en visite	Y Y Y Y 0 1 0	1			1	48,00					94,36	28,31
	D E Q P 0 0 3	1			2	6,76						
						9,60						
				VRD		30,00						

Acte d'urgence/réanimation en visite

[Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : - détresse respiratoire ; - détresse cardiaque ; - détresse d'origine allergique ; - état aigu d'agitation ; - état de mal comitial ; - détresse d'origine traumatique.]

Dimanche, samedi après-midi (arrêté départemental signé) et Férié, actes régulés VRD = 30 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement I.D./M.D. (2)	nbre	I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Acte d'urgence/réanimation en visite	Y Y Y Y 0 1 0	1				48,00					78,00	23,40
				VRD		30,00						
Acte d'urgence/ réanimation avec ECG en visite	Y Y Y Y 0 1 0	1			1	48,00					94,36	28,31
	D E Q P 0 0 3	1			2	6,76						
						9,60						
				VRD		30,00						

Neuropsychiatrie en visite

Dimanche, samedi après-midi (arrêté préfectoral départemental signé) et Férié, actes régulés CRD = 26,50 € VRD = 30 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués																	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
	Code des actes							Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D.		nbre	I.K. montant		
												1		2			3		
Délivrance à domicile d'un certificat d'internement (*)										K 10	VRD	49,20						49,20	14,76
Urgence psychiatrique avec délivrance à domicile d'un certificat d'internement (*)	Y	Y	Y	Y	0	1	0	1				48,00						87,60	26,28
										K 10	VRD	39,60							

(*) Acte en NGAP résiduelle en attendant son classement en CCAM.

Gynécologie en visite

Dimanche, samedi après-midi (arrêté préfectoral départemental signé) et Férié, actes régulés CRD = 26,50 € VRD =

Actes	Feuille de soins – Actes effectués																		Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
	Code des actes							Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2		nbre	I.K. montan 3		
Accouchement céphalique unique chez une primipare en visite	J	Q	G	D	0	1	0	1				313,50							343,50	103,05
										VRD		30,00								
Accouchement céphalique unique chez une multipare en visite	J	Q	G	D	0	1	2	1				313,50							343,50	103,05
										VRD		30,00								

Divers : epistaxis, hématomes, hémorroïdes, sondage, etc. en visite

Dimanche, samedi après-midi (arrêté préfectoral départemental signé) et Férié, actes régulés CRD = 26,50 € VRD =

Actes	Feuille de soins – Actes effectués																		Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
	Code des actes							Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2		nbre	I.K. montan 3		
Tamponnement nasal antérieur en visite	G	A	B	D	0	0	2	1				24,14							54,14	16,24
										VRD		30,00								
Tamponnement nasal antérieur et postérieur en visite	G	A	B	D	0	0	1	1				40,66							70,66	21,20
										VRD		30,00								
Évacuation de la vessie par cathétérisme transitoire [Sondage vésical évacuateur] en visite	J	D	J	D	0	0	1	1				15,55							45,55	13,67
										VRD		30,00								
Pose d'une sonde urétrovésicale [Sondage vésical à demeure] en visite	J	D	L	D	0	0	1	1				13,85							43,85	13,16
										VRD		30,00								
Prélèvement de sang artériel, par voie transcutanée en visite	F	E	H	B	0	0	1	1				9,60							39,60	11,88
										VRD		30,00								

Visite

Samedi après-midi (arrêté départemental non signé) - Actes *non régulés* en garde de jour F = 19,06 €

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement I.D./M.D. (2)	nbre	I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Visite			V	MDD		45,60					45,60	13,68
Visite d'un nourrisson de moins de 2 ans (inclus)			V	MNO	MDD	50,60					50,60	15,18
Visite d'un enfant entre 2 et 6 ans			V	MGE	MDD	48,60					48,60	14,58
Acte de coordination en visite par un médecin généraliste autre que le médecin traitant : non cotable en visite (!)			C	MCG							0,00	0,00
Consultation pédiatrique périodique NON COTABLE EN GARDE											0,00	0,00
Bilan de santé : NON COTABLE EN GARDE											0,00	0,00

ECG en visite

Samedi après-midi (arrêté départemental non signé) - Actes *non régulés* en garde de jour F = 19,06 €

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement I.D./M.D. (2)	nbre	I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
ECG en visite	DEQP003	1		F		32,58					68,68	20,60
						9,60						
			V			23,00		3,50				
ECG avec acte d'urgence/ réanimation en visite	YYYY0101	1		F	1	67,06					86,92	26,08
	DEQP003	1			2	6,76						
						9,60						
								3,50				

Acte d'urgence/réanimation en visite

[Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : - détresse respiratoire ; - détresse cardiaque ; - détresse d'origine allergique ; - état aigu d'agitation ; - état de mal comitial ; - détresse d'origine traumatique.]

Samedi après-midi (arrêté départemental non signé) - Actes *non régulés* en garde de jour F = 19,06 €

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement I.D./M.D. (2)	nbre	I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Acte d'urgence/réanimation en visite	YYYY0101	1		F		67,06					70,56	21,17
								3,50				
Acte d'urgence/ réanimation avec ECG en visite	YYYY0101	1		F	1	67,06					86,92	26,08
	DEQP003	1			2	6,76						
						9,60						
								3,50				

Neuropsychiatrie en visite

Samedi après-midi (arrêté préfectoral départemental non signé) ; Garde de jour, actes non régulés F = 19,06 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Délivrance à domicile d'un certificat d'internement (*)				K 10	F	38,26		3,50			41,76	12,53
Urgence psychiatrique avec délivrance à domicile d'un certificat d'internement (*)	Y Y Y Y 0 1 0 1			F		67,06					80,16	24,05
				K 10		9,60		3,50				

(*) Acte en NGAP résiduelle en attendant son classement en CCAM.

Gynécologie en visite

Samedi après-midi (arrêté préfectoral départemental non signé) ; Garde de jour, actes non régulés F = 19,06 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement : I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montan 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Accouchement céphalique unique chez une primipare en visite	J Q G D 0 1 0	1		F	332,56		3,50			336,06	100,82
Accouchement céphalique unique chez une multipare en visite	J Q G D 0 1 2	1		F	332,56		3,50			336,06	100,82

Divers : epistaxis, hématomes, hémorroïdes, sondage, etc. en visite

Samedi après-midi (arrêté préfectoral départemental non signé) ; Garde de jour, actes non régulés F = 19,06 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués : Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement : I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montan 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Tamponnement nasal antérieur en visite	G A B D 0 0 2	1		F	43,20		3,50			46,70	14,01
Tamponnement nasal antérieur et postérieur en visite	G A B D 0 0 1	1		F	59,72					59,72	17,92
Évacuation de la vessie par cathétérisme transitoire [Sondage vésical évacuateur] en visite	J D J D 0 0 1	1		F	34,61		3,50			38,11	11,43
Pose d'une sonde urétrovésicale [Sondage vésical à demeure] en visite	J D L D 0 0 1	1		F	32,91		3,50			36,41	10,92
Prélèvement de sang artériel, par voie transcutanée en visite	F E H B 0 0 1	1		F	28,66		3,50			32,16	9,65

Visite

Nuit (de 20 H à minuit et de 6 H à 8 H), actes régulés CRN = 42,50 € VRN = 46 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués: Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement: I.D. / M.D. (2)	nbre	I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Visite			V	VRN	69,00					69,00	20,70
Visite d'un nourrisson de moins de 2 ans (inclus)			V	MNO VRN	74,00					74,00	22,20
Visite d'un enfant entre 2 et 6 ans			V	MGE	72,00					72,00	21,60
Acte de coordination en visite par un médecin généraliste autre que le médecin traitant : non cotable en visite (!)			C	MCG						0,00	0,00
Consultation podiatrique périodique NON COTABLE EN GARDE										0,00	0,00
Bilan de santé : NON COTABLE EN GARDE										0,00	0,00

ECG en visite

Nuit (de 20 H à minuit et de 6 H à 8 H), actes régulés CRN = 42,50 € VRN = 46 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués: Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement: I.D. / M.D. (2)	nbre	I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
ECG en visite	D E Q P 0 0 3	1			13,52					92,12	27,64
					9,60						
			V	VRN	69,00						
ECG avec acte d'urgence/ réanimation en visite	Y Y Y Y 0 1 0	1		1	48,00					110,36	33,11
	D E Q P 0 0 3	1		2	6,76						
					9,60						
				VRN	46,00						

Acte d'urgence/réanimation en visite

[Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : - détresse respiratoire ; - détresse cardiaque ; - détresse d'origine allergique ; - état aigu d'agitation ; - état de mal comitial ; - détresse d'origine traumatique.]

Nuit (de 20 H à minuit et de 6 H à 8 H), actes régulés CRN = 42,50 € VRN = 46 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués: Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement: I.D. / M.D. (2)	nbre	I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Acte d'urgence/réanimation en visite	Y Y Y Y 0 1 0	1			48,00					94,00	28,20
				VRN	46,00						
Acte d'urgence/ réanimation avec ECG en visite	Y Y Y Y 0 1 0	1		1	48,00					110,36	33,11
	D E Q P 0 0 3	1		2	6,76						
					9,60						
				VRN	46,00						

Neuropsychiatrie en visite

Nuit (de 20 H à minuit et de 6 H à 8 H), actes régulés CRN = 42,50 € VRN = 46 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Délivrance à domicile d'un certificat d'internement (*)				K 10	VRN	65,20					65,20	19,56
Urgence psychiatrique avec délivrance à domicile d'un certificat d'internement (*)	Y Y Y Y 0 1 0	1		K 10	VRN	48,00 55,60					103,60	31,08

(*) Acte en NGAP résiduelle en attendant son classement en CCAM.

Gynécologie en visite

Nuit (de 20 H à minuit et de 6 H à 8 H), actes régulés CRN = 42,50 € VRN = 46 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Accouchement céphalique unique chez une primipare en visite	J Q G D 0 1 0	1			313,50					359,50	107,85
				VRN	46,00						
Accouchement céphalique unique chez une multipare en visite	J Q G D 0 1 2	1			313,50					359,50	107,85
				VRN	46,00						

Divers : epistaxis, hématomes, hémorroïdes, sondage, etc. en visite

Nuit (de 20 H à minuit et de 6 H à 8 H), actes régulés CRN = 42,50 € VRN = 46 €

Actes	Feuille de soins — Actes effectués — Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Tamponnement nasal antérieur en visite	G A B D 0 0 2	1			24,14					70,14	21,04
				VRN	46,00						
Tamponnement nasal antérieur et postérieur en visite	G A B D 0 0 1	1			40,66					86,66	26,00
				VRN	46,00						
Évacuation de la vessie par cathétérisme transitoire [Sondage vésical évacuateur] en visite	J D J D 0 0 1	1			15,55					61,55	18,47
				VRN	46,00						
Pose d'une sonde urétrovésicale [Sondage vésical à demeure] en visite	J D L D 0 0 1	1			13,85					59,85	17,96
				VRN	46,00						
Prélèvement de sang artériel, par voie transcutanée en visite	F E H B 0 0 1	1			9,60					55,60	16,68
				VRN	46,00						

Visite

Nuit profonde (de minuit à 6 H), actes régulés CRM = 51,50 € VRM = 55 €

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement I.D./M.D. (2)	frais de déplacement nbre	frais de déplacement I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Visite			V	VRM		78,00					78,00	23,40
Visite d'un nourrisson de moins de 2 ans (inclus)			V	MNO	VRM	83,00					83,00	24,90
Visite d'un enfant entre 2 et 6 ans			V	MGE	VRM	81,00					81,00	24,30
Acte de coordination en visite par un médecin généraliste autre que le médecin traitant : non cotable en visite (!)			C	MCG	CRN	81,00					81,00	24,30
Consultation podiatrique périodique NON COTABLE EN GARDE			C	FPE		25,00					25,00	7,50
Bilan de santé : NON COTABLE EN GARDE				CA		26,00					26,00	7,80

ECG en visite

Nuit profonde (de minuit à 6 H), actes régulés CRM = 51,50 € VRM = 55 €

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement I.D./M.D. (2)	frais de déplacement nbre	frais de déplacement I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
ECG en visite	D E Q P 0 0 3	1				13,52					101,12	30,34
						9,60						
			V	VRM		78,00						
ECG avec acte d'urgence/ réanimation en visite	Y Y Y Y 0 1 0	1			1	48,00					119,36	35,81
	D E Q P 0 0 3	1			2	6,76						
						9,60						
				VRM		55,00						

Acte d'urgence/réanimation en visite

[Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : - détresse respiratoire ; - détresse cardiaque ; - détresse d'origine allergique ; - état aigu d'agitation ; - état de mal comitial ; - détresse d'origine traumatique.]

Nuit profonde (de minuit à 6 H), actes régulés CRM = 51,50 € VRM = 55 €

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés (1)	dépass.	frais de déplacement I.D./M.D. (2)	frais de déplacement nbre	frais de déplacement I.K. montan (3)	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Acte d'urgence/réanimation en visite	Y Y Y Y 0 1 0	1				48,00					103,00	30,90
				VRM		55,00						
Acte d'urgence/ réanimation avec ECG en visite	Y Y Y Y 0 1 0	1			1	48,00					119,36	35,81
	D E Q P 0 0 3	1			2	6,76						
						9,60						
				VRM		55,00						

Neuropsychiatrie en visite

Nuit profonde (de minuit à 6 H), actes régulés CRM = 51,50 € VRM = 55 €

Actes	Feuille de soins – Actes effectués Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Délivrance à domicile d'un certificat d'internement (*)				K 10	VRM	74,20					74,20	22,26
Urgence psychiatrique avec délivrance à domicile d'un certificat d'internement (*)	Y Y Y Y 0 1 0 1			K 10	VRM	48,00 64,60					112,60	33,78

(*) Acte en NGAP résiduelle en attendant son classement en CCAM.

Gynécologie en visite

Nuit profonde (de minuit à 6 H), actes régulés CRM = 51,50 € VRM = 55 €

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Accouchement céphalique unique chez une primipare en visite	J Q G D 0 1 0	1			313,50					368,50	110,55
				VRM	55,00						
Accouchement céphalique unique chez une multipare en visite	J Q G D 0 1 2	1			313,50					368,50	110,55
				VRM	55,00						

Divers : epistaxis, hématomes, hémorroïdes, sondage, etc. en visite

Nuit profonde (de minuit à 6 H), actes régulés CRM = 51,50 € VRM = 55 €

Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CSC, P…) éléments de tarification	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3	Montant total en euros (1+2+3)	Reste à charge en tiers payant
Tamponnement nasal antérieur en visite	G A B D 0 0 2	1			24,14					79,14	23,74
				VRM	55,00						
Tamponnement nasal antérieur et postérieur en visite	G A B D 0 0 1	1			40,66					95,66	28,70
				VRM	55,00						
Évacuation de la vessie par cathétérisme transitoire [Sondage vésical évacuateur] en visite	J D J D 0 0 1	1			15,55					70,55	21,17
				VRM	55,00						
Pose d'une sonde urétrovésicale [Sondage vésical à demeure] en visite	J D L D 0 0 1	1			13,85					68,85	20,66
				VRM	55,00						
Prélèvement de sang artériel, par voie transcutanée en visite	F E H B 0 0 1	1			9,60					64,60	19,38
				VRM	55,00						

Actes non tarifés

(Tarif = 0 €)

Acte	Code
Anuscopie	HKQE001
Ablation d'un dispositif intra-utérin, par voie vaginale	JKGD004
Séance de mésothérapie à visée antalgique	ANLB003
Séance de sclérose de varicosités et télangiectasies des veines, par injection intraveineuse transcutanée	EPNF001
La tarification des anesthésies locales ne peut se faire que pour un autre médecin que celui qui effectue l'acte douloureux (ex. l'anesthésie en bague pour suture de doigt n'est pas cotable, malgré le risque médico-légal supplémentaire...)	

Actes mal tarifés

(Tarif < C)

Acte	Code	Tarif	Commentaire
Séance d'injection d'extrait allergénique à concentration donnée pour désensibilisation spécifique, par voie souscutanée	FGLB001	12,34	Dans la pratique quotidienne, les médecins généralistes font des désensibilisations à concentraitions croissantes, y compris dans l'asthme. La condition de réserve de la tartification aux centres spécialisés leur rend donc la tarification de l'acte impossible. D'autre part, une désensibilisation même à concentration donnée est un acte à risque, qui demande, notamment chez le patient asthmatique, un examen clinique avec mesure du débit de pointe, et pour tous les patients une surveillance clinique post injection. Il est donc anormal que cet acte soit moins tarifé qu'une consultation, et il y a toute légitimité à coter C au lieu de de ce code.
Injection d'extrait allergénique à concentration croissante par voie souscutanée, jusqu'à obtention de la dose d'entretien pour désensibilisation spécifique par méthode semiaccélérée ou accélérée [semirush ou rush]. *Environnement spécifique : pour désensibilisation aux venins d'hyménoptères et pour désensibilisation dans l'asthme, réservé aux centres cliniques en possédant l'expérience et se trouvant à proximité immédiate d'une unité de réanimation*	FGLB002	33,89	
Prélèvement cervicovaginal (pour frottis cytologique)	JKHD001	9,64	Pendant ce temps, dans d'autres pays européens, on valorise cet acte pour encourager les médecins généralistes à le pratiquer...
Acte d'urgence/réanimation au cabinet médical	YYYY010 + M	74,88	Cet acte est donc bien moins tarifé en visite qu'au cabinet, quoiqu'alors pratiqué dans des conditions bien plus difficiles !
Acte d'urgence/réanimation en visite	YYYY010 + ID	51,50	Conseil : n'oubliez pas la cotation en visite d'urgence pendant les horaires de consultations (MU), ce qui amène l'acte à 70,60... mais invraissemblablement toujours inférieur à sa pratique en cabinet !...
Une dizaine d'autres actes sont ainsi d'un tarif inférieur à C : ils sont inscrits en rouge dans les tableaux.			Ces actes s'accompagnant le plus souvent d'un acte clinique (seule cotation pour l'instant = C), et les actes techniques ne pouvant se cumuler avec les actes cliniques, il est tout à fait légitime de coter C.
Association d'actes (exemple : exérèse de lésion cutanée avec suture de fermeture de la plaie)			Certains actes, qui nécessitent parfois l'adjonction d'un autre acte, n'admettent pas le cumul des cotations (cf. libellé). Leur tarif est pourtant, anormalement, inférieur au cumul des actes pratiqués, et parfois même inférieur à celui de l'acte complémentaire pourtant le plus souvent nécessaire! Il faut dans ce cas bien sûr coter l'acte de tarif le plus élevé.

Actes en horaires de garde non régulés

(*)

Actes techniques

Période	Acte	Majoration	Tarif (€)	Codage
Samedi après-midi (12h - 20h)	Consultation	F	19,06	Code acte + F
	Visite	F	19,06	Code acte + F + ID
Dimanche et férié (8h - 20h)	Consultation	F	19,06	Code acte + F
	Visite	F	19,06	Code acte + F + ID
Nuit de 20h à minuit	Consultation	P	35	Code acte + P
	Visite	P	35	Code acte + P + ID
Nuit de minuit à 8h	Consultation	S	40	Code acte + S
	Visite	S	40	Code acte + S + ID

Consultation et visite

Période	Acte (1)	Majoration	Tarif (€)	Codage
Samedi après-midi (12h - 20h)	Consultation	F	19,06	C + F
	Visite	MDD	22,60	V + MDD
Dimanche et férié (8h - 20h)	Consultation	F	19,06	C + F
	Visite	MDD	22,60	V + MDD
Nuit de 20h à minuit	Consultation	P	35	C + P
	Visite	MDN	38,50	V + MDN
Nuit de minuit à 8h	Consultation	S	40	C + S
	Visite	MDI	43,50	V + MDI

(1) Nourrisson jusqu'à 24 mois inclus : C (ou V) + MNO

(*) Dès lors que l'acte est effectué sur contact du SAMU, il est considéré comme régulé même si le médecin n'est pas officiellement de garde ; il bénéficie donc des majorations de garde régulée.

Modificateurs et majorations

Modificateurs	Code	Valeur	Cumuls possibles (*)
Dimanche, samedi après-midi et jour férié (1)	F	19,06 €	C, V, ID, actes techniques, MNO, M, MSU
Nuit entre 20h et minuit et entre 6h et 8h (1)	P	35 €	C, V, ID, actes techniques, MNO, M, MSU
Nuit profonde entre minuit et 6h (1)	S	40 €	C, V, ID, actes techniques, MNO, M, MSU
Soins d'urgence au cabinet (4)	M	26,88 €	F, P, S, CRD, CRN, CRM, MNO

Majorations	Code	Valeur	Cumuls possibles (*)
Visite justifiée (Consultation à domicile ou hors cabinet) de jour	MD	10 €	V, ECG
Acte régulé de dimanche, samedi après-midi et jour férié au cabinet (2)	CRD	26,50 €	Tous
Acte régulé de Nuit entre 20h et minuit et entre 6h et 8h au cabinet	CRN	42,50 €	Tous
Acte régulé de Nuit profonde entre minuit et 6h au cabinet	CRM	51,50 €	Tous
Acte régulé de dimanche, samedi après-midi et jour férié en visite (2)	VRD	30 €	Tous sauf ID (contient l'ID)
Acte régulé de Nuit entre 20h et minuit et entre 6h et 8h en visite	VRN	46 €	Tous sauf ID (contient l'ID)
Acte régulé de Nuit profonde entre minuit et 6h en visite	VRM	55 €	Tous sauf ID (contient l'ID)
Consultation *non régulée* de dimanche, samedi après-midi et jour férié au cabinet	F	19,06 €	Tous
Consultation *non régulée* de Nuit entre 20h et minuit et entre 6h et 8h au cabinet	N	35 €	Tous
Consultation *non régulée* de Nuit profonde entre minuit et 6h au cabinet	MM	40 €	Tous
Visite *non régulée* de dimanche, samedi après-midi et jour férié	MDD	22,60 €	Tous sauf ID (contient l'ID)
Visite *non régulée* de Nuit entre 20h et minuit et entre 6h et 8h	MDN	38,50 €	Tous sauf ID (contient l'ID)
Visite *non régulée* de Nuit profonde entre minuit et 6h	MDI	43,50 €	Tous sauf ID (contient l'ID)
Actes en déplacement hors cabinet quand d'autres majorations spécifiques ne sont pas prévues	ID	3,50 €	F, P, S, MNO, tous actes en CCAM
Nourrisson (jusqu'à 24 mois)	MNO	5 €	C, V, MD, F, P, S, M, CRD, CRN, CRM, ID, IK, ECG, K25 MSU, MU
Enfants entre 2 et 6 ans	MGE	3 €	C, V, MD, F, P, S, M, CRD, CRN, CRM, ID, IK, ECG, K25 MSU, MU
Coordination du médecin généraliste (3)	MCG	3 €	C
Acte en urgence au cabinet (4)	MSU (6)	26,88 €	K25, F, P, S, CRD, CRN, CRM, MNO
Acte d'urgence réanimation (5)	K 25 (6)	48,02 €	- Taux plein : MSU, F, P, S, CRD, CRN, CRM, CRD, VRN, VRM, MNO, ID, IK - Règle du cumul (deuxième acte coté à 50%) : ECG
Majoration d'urgence : en visite obligeant à quitter le cabinet au cours des consultations aux heures ouvrables	MU	22,60 €	V, ECG, K25, tous actes techniques (contient l'ID)
Soins (correspondants au code YYYY011) réalisés au cabinet d'un médecin de montagne nécessitant l'utilisation d'un plateau technique (dont matériel radiologique) ; réservé aux médecins de montagne.	K 6 (6)	11,52 €	Actes techniques de traumatologie, ECG, F, P, S, CRD, CRN, CRM
Consultation pour accident de travail avec rédaction de certificat médical initial (ou de rechute) en cas de blessures légères	K 0,4 (7)	0,77 €	C, V, MD, F, P, S, M, CRD, CRN, CRM, ID, IK
Consultation pour accident de travail avec rédaction de certificat médical initial (ou de rechute) en cas de blessures graves	K 0,7 (7)	1,34 €	C, V, MD, F, P, S, M, CRD, CRN, CRM, ID, IK
Consultation pour accident de travail avec rédaction de certificat médical final	K 1 (7)	1,92 €	C

(1) Ces modificateurs sont remplacés par les majorations de garde de médecine générale, plus favorables, en cas de garde régulée

(2) La prise en compte du samedi après-midi dans la garde régulée dépend de la décision préfectorale locale. Si votre Préfet n'a pas encore signé l'accord, mobilisez-vous !

(3) Soins itératifs effectués par un médecin généraliste pour un patient dont il n'est pas le médecin traitant, sous réserve d'un retour d'information au médecin traitant. En attendant que les syndicats négociant la convention fassent corriger cette anomalie, la MCG ne serait applicable qu'en consultation, et seulement associée au C !

(4) Traitement de plaie, hémostase nasale, traitement orthopédique d'une fracture fermée simple, réduction et contention d'une luxation par méthode non sanglante, plâtre ou appareil d'immobilisation, actes d'urgence de premier recours nécessitant des actes techniques et la présence prolongée du médecin

(5) Traitement des urgences en premier recours nécessitant des actes techniques et la présence prolongée du médecin ;

(6) Ces majorations ont disparu en 2006. Elles sont remplacées par le modifcateur M (acte en urgence au cabinet), l'acte de soins d'urgence-réanimation YYYY010 de la CCAM, et l'acte YYYY008 de la CCAM. Le modificateur M est utilisable dès le 1er septembre 2005.

(7) La cotation en K reste valable car elle est propre à l'assurance accident du travail, non à l'assurance maladie et à la convention.

(*) Cumul de plusieurs actes techniques : l'acte dont le prix unitaire est *le plus* élevé, les gestes complémentaires éventuels associés (liste restrictive) et les suppléments ne subissent pas d'abattement : ils sont toujours facturés à taux plein. En cas de deuxième acte (hors geste complémentaire), celui dont le prix unitaire est *le moins* élevé sera coté à 50% de sa valeur (**). Au delà du deuxième, les actes supplémentaires ne sont pas cotables. Pas de cumul possible entre C et V, ni entre C, V et actes techniques sauf ECG.

Deux exemples d'actes supplémentaires (tarifés à taux plein) : déplacement pour ECG / radiographie par un médecin de montagne lors d'une prise en charge orthopédique.

(**) En cas d'association de deux actes techniques en CCAM (hors gestes complémentaires et suppléments), il faut rajouter deux codes sur la feuille de soin : le code 1 à l'acte tarifé à taux plein, et le code 2 à l'acte tarifé à 50% ; ces codes se placent dans la case "Autres actes", après les modificateurs ou majorations. En cas d'association d'un acte en CCAM et d'un acte en NGAP résiduelle, ne pas mettre de code association.

Rémunérations forfaitaires

Forfaits	Description	Montant
Astreintes (Gardes régulées)	Dimanche et férié (12 heures)	150 €
	Nuit de 20 heures à minuit	50 €
	Nuit de minuit à 8 heures	100 €
Régulation	Participation à la régulation organisée en lien avec le SAMU	3 C par heure
Forfait ALD	Forfait annuel par patient « médecin traitant » en ALD	40 €
Médecin référent	Forfait annuel par patient en contrat (Disparition prévue en 2006)	45,73 €
IVG médicamenteuse	Forfait par IVG incluant le prix des médicaments délivrés et les 4 consultations du protocoles. Cf. conditions	191,74 €
Soins palliatifs	Forfait global mensuel de soins	90 €
	Participation à la coordination (forfait mensuel par patient)	40 €
	Coordination de l'équipe de soins (forfait mensuel par patient)	80 €
Médecine thermale	Forfait thermal	64,03 €
	Contrat de pratiques professionnelles relatif au forfait de cure thermale (majoration du forfait de cure thermale)	10 €

Tarifs en garde : synthèse

(*Ne pas oublier le code du parcours de soins MTU = actes en urgence*)

Majorations et modificateurs à ajouter aux actes :

Garde régulée						
Paiement à l'acte		Samedi après-midi en l'absence de décision préfectorale (12 h à 20 h)	Samedi après-midi si arrêté préfectoral signé (12h à 20h)	Dimanche, jours fériés, et ponts (de 8 h à 20 h)	Nuit de 20 h à minuit et de 6 h à 8 h du matin	Nuit de minuit à 6 h du matin
	Au cabinet	F (19,06)	CRD (26,50)	CRD (26,50)	CRN (42,50)	CRM (51,50)
	En visite	F (19,06) + ID (3,50)	VRD (30)	VRD (30)	VRN (46)	VRM (55)
Paiement forfaitaire de l'astreinte		Samedi après-midi (de 12h à 20h)	Samedi après-midi si décision préfectorale OK (12 h à 20 h)	Dimanche et jours fériés (de 8 h à 20 h)	Nuit de 20 h à minuit	Nuit de minuit à 8 h du matin
		0	100	150	50	100
Régulation		3 C de l'heure	3 C de l'heure	3 C de l'heure	3 C de l'heure	3 C de l'heure

Garde non régulée											
Paiement à l'acte		Samedi après-midi (de 12h à 20h)		Dimanche (de 8 h à 20 h)		Jours fériés (de 8 h à 20 h)		Nuit de 20 h à minuit et de 6 h à 8 h du matin		Nuit de minuit à 6 h du matin	
	Au cabinet	Consultation	Acte technique	Consultation	Acte technique	Consultation	Acte technique	Consultation	Acte technique	Consultation	Acte technique
		F (19,06)	F (19,06)	F (19,06)	F (19,06)	F (19,06)	F (19,06)	N (35)	P (35)	MM (40)	S (40)
	En visite	MDD (22,60)	F (19,06) + ID (3,50)	MDD (22,60)	F (19,06) + ID (3,50)	MDD (22,60)	F (19,06) + ID (3,50)	MDN (38,50)	P (35) + ID (3,50)	MDI (43,50)	S (40) + ID (3,50)
Paiement forfaitaire de l'astreinte		Samedi après-midi (de 12h à 20h)		Dimanche (de 8 h à 20 h)		Jours fériés (de 8 h à 20 h)		Nuit de 20 h à minuit		Nuit de minuit à 8 h du matin	
		0		0		0		0		0	

A noter que les actes d'un médecin non officiellement de garde mais effectués en contact avec le SAMU sont majorables comme en garde régulée.

A contrario, les actes non régulés effectués par un médecin officiellement de garde ne sont majorables que comme en garde non régulée (F, S, P, etc.)

Indemnités kilométriques

Forfait multiplicateur par km = 0,61 en plaine, 0,91 en montagne.
Abattement kilométrique selon le texte légal de la NGAP : 2 km aller en plaine, 1 km en montagne, aucun à pieds.
Exemple : en plaine, pas d'IK en dessous de 3 km aller ; I.K. = 0,61 x 2 € pour 3 km aller.

Dans le cas où votre caisse régionale refuse le remboursement sur ces bases : voir

▼ Tableau des I.K. légales (abattement = 2 km en plaine et 1 km en montagne) ▼

Indemnités kilométriques en plaine

Km (aller) ▼	Plaine	Km (aller) ▼	Plaine
1	0,00	17	18,30
2	0,00	18	19,52
3	1,22	19	20,74
4	2,44	20	21,96
5	3,66	21	23,18
6	4,88	22	24,40
7	6,10	23	25,62
8	7,32	24	26,84
9	8,54	25	28,06
10	9,76	26	29,28
11	10,98	27	30,50
12	12,20	28	31,72
13	13,42	29	32,94
14	14,64	30	34,16
15	15,86	31	35,38
16	17,08	32	36,60

Indemnités kilométriques en montagne

Km (aller) ▼	Montagne	Km (aller) ▼	Montagne
1	0,00	17	29,12
2	1,82	18	30,94
3	3,64	19	32,76
4	5,46	20	34,58
5	7,28	21	36,40
6	9,10	22	38,22
7	10,92	23	40,04
8	12,74	24	41,86
9	14,56	25	43,68
10	16,38	26	45,50
11	18,20	27	47,32
12	20,02	28	49,14
13	21,84	29	50,96
14	23,66	30	52,78
15	25,48	31	54,60
16	27,30	32	56,42

▼ Tableau adapté pour les zones où les caisses refusent le remboursement des I.K. à partir de 2 km en plaine et 1 km en montagne ▼
(*abattement kilométrique calculé = 6 km en plaine et 3 km en montagne*)

Indemnités kilométriques en plaine

Km (aller) ▼	Plaine	Km (aller) ▼	Plaine
1	0,00	17	13,42
2	0,00	18	14,64
3	0,00	19	15,86
4	0,00	20	17,08
5	0,00	21	18,30
6	0,00	22	19,52
7	1,22	23	20,74
8	2,44	24	21,96
9	3,66	25	23,18
10	4,88	26	24,40
11	6,10	27	25,62
12	7,32	28	26,84
13	8,54	29	28,06
14	9,76	30	29,28
15	10,98	31	30,50
16	12,20	32	31,72

Indemnités kilométriques en montagne

Km (aller) ▼	Montagne	Km (aller) ▼	Montagne
1	0,00	17	25,48
2	0,00	18	27,30
3	0,00	19	29,12
4	1,82	20	30,94
5	3,64	21	32,76
6	5,46	22	34,58
7	7,28	23	36,40
8	9,10	24	38,22
9	10,92	25	40,04
10	12,74	26	41,86
11	14,56	27	43,68
12	16,38	28	45,50
13	18,20	29	47,32
14	20,02	30	49,14
15	21,84	31	50,96
16	23,66	32	52,78

Le parcours de soins : codage, tarification

(Voir : détails du parcours de soins)

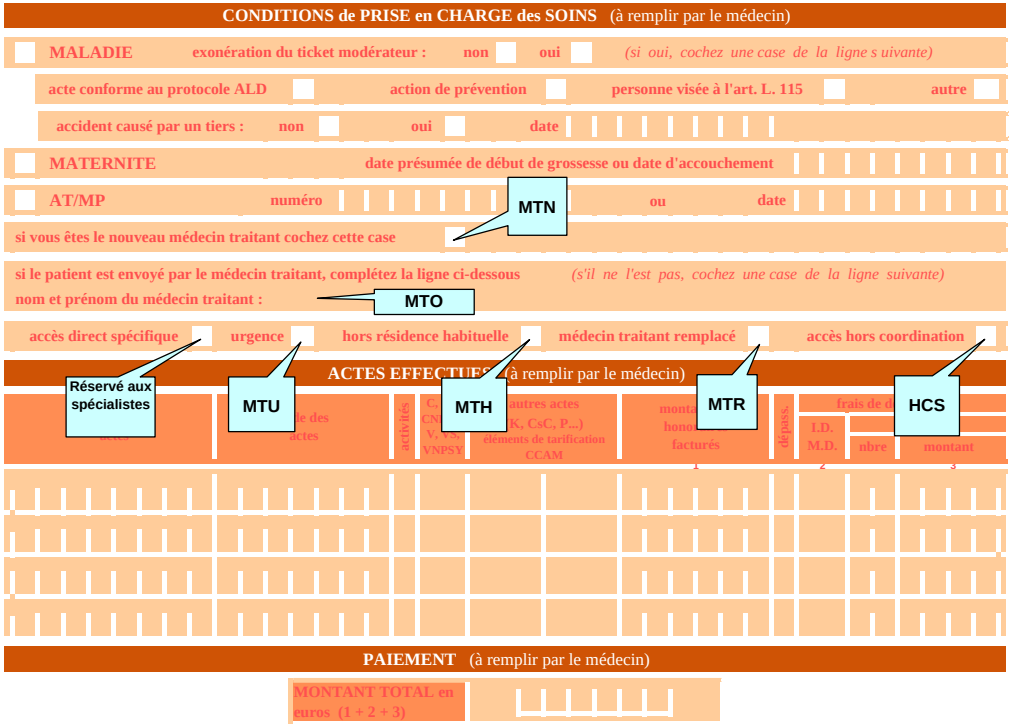
Les "codes coordinations" : correspondance FSE ↔ feuille de soins papier

Codes parcours de soins en télétransmission (feuilles de soins électroniques) du médecin généraliste

Parcours de soins		Code coordination	Code des actes
Dans le parcours	Patient hors résidence habituelle	MTH	Pas de changement
	Médecin traitant remplacé (*)	MTR	
	Consultation en urgence	MTU	
	Nouveau médecin traitant	MTN	
	Patient orienté par son médecin traitant	MTO	
Hors parcours	Consultation d'un médecin nouvellement installé (moins de 5 ans)	Non prévu (voir)	Pas de changement
	Hors parcours de soins	HCS	Pas de changement

(*) par un autre médecin installé. Si vous êtes médecin remplaçant, et utilisez les feuilles de soins (papier et électroniques) du médecin traitant habituel, vous ne changez rien et cotez les actes comme le médecin traitant.

Parcours de soins sur feuille de soins papier



Attention : Pour cause d'inadaptation des systèmes informatiques, comme indiqué par les services de l'Assurance Maladie, si vous facturez un acte en tiers payant tout en mentionnant un hors parcours de soins, il vous faut faire une feuille de soins papier.

Voir facturation en tiers payant

Le parcours de soins en pratique quotidienne

Facturation en tiers payant
ALD : protocoles de soins
Arrêts de travail
"Moratoire à l'installation"
Médecins associés

Facturation en tiers payant

(*)

1) Dans le parcours de soins :

Vous facturez comme auparavant (base de remboursement sécu = 70% ou 100% si ALD dans le régime général d'Assurance Maladie ; 90 % ou 100 % dans le régime particulier de l'Alsace et de la Moselle).

2) Hors parcours de soins :

Le patient (de plus de 16 ans) est pénalisé de 40 % par rapport à un acte dans le parcours de soins, avec un plafond de 10 €.

Le pourcentage de pénalisation a donc encore augmenté en 2009 et le plafond aussi.

Certains patients n'entrent pas dans le cadre du parcours de soins (pas de déclaration obligatoire d'un médecin traitant):
- les moins de 16 ans
- les migrants de passage
- les bénéficiaires de l'AME (Aide médicale d'Etat).

D'autres cas ne provoquent pas de déremboursement hors parcours de soins :

- Les consultations pour IVG médicamenteuses
- Les consultations en rapport avec une grossesse
- Les consultations en rapport avec un accident de travail ou une maladie professionnelle.

Hors ces cas, la "part sécu" sur une consultation hors parcours de soins passe donc, pour les plus de 16 ans, à :
- 30 % ou 60% si ALD sur tout acte de moins de 25 €, dans le cadre du régime général d'Assurance Maladie
- 50 % ou 60 % si ALD dans le cadre du régime particulier d'Assurance Maladie de l'Alsace et de la Moselle.

Au-delà des 25 €, la "part sécu" est respectivement de 70 % pour le régime général et de 90 % en Alsace-Moselle (100 % si ALD), moins 10 €.

Exemple : consultation adulte (Régime général, France métropolitaine) :

Situations	Honoraires directement dus au médecin		Pénalité pour le patient	
	Dans le parcours de soins	Hors parcours de soins	Dans le parcours de soins	Hors parcours de soins
Non ALD	6,90	6,90	0,00	9,20
ALD avec médecin traitant déclaré	0,00	0,00	0,00	0,00
ALD sans médecin traitant déclaré	0,00	0,00	0,00	9,20

Attention : La pénalité du hors parcours est effectuée par l'Assurance Maladie, non par le médecin ; en raison de l'inadaptation actuelle des logiciels de l'Assurance Maladie, vous ne pouvez utiliser la télétransmission en cas de facturation des actes hors parcours de soins en tiers payant, y compris pour la CMU : c'est vous qui risqueriez d'être pénalisés. Vous devez donc faire une feuille de soins papier.

(*) Le montant en tiers payant (part mutuelle) de chaque acte est affiché en bleu à côté du montant total dans les tableaux des actes (régime général hors Alsace-Moselle)

ALD : protocoles de soins

Sauf urgence, c'est au médecin traitant de remplir des protocoles de soins destinés à la prise en charge à 100% des patients atteints de pathologies définies au tableau des ALD.

Ces règles et le nouveau formulaire du protocole de soins posent de nombreux problèmes aux médecins généralistes...

En attendant une simplification des procédures, vous pouvez télécharger les formulaires ALD sur le site de la MSA :

http://www.msa.fr/files/msa00/msa00_1091528001046_PROTOCOLE_EXAMEN_SP_CIAL.pdf

puis les remplir par ordinateur, ce qui permet de les modifier rapidement et de les réimprimer...

Arrêts de travail

Pour donner lieu à indemnités journalières, les prologations d'arrêt de travail doivent être effectués :

- Par le médecin traitant (ou son remplaçant)
- Par le médecin prescripteur initial de l'arrêt de travail
- Par un médecin consulté à la demande du médecin traitant (ou de son remplaçant)
- A l'occasion d'une hospitalisation.

Si ce n'est pas possible, l'assuré ou le médecin consulté devra justifier de l'impossibilité de respecter l'une des 4 situations en la signalant sur l'avis d'arrêt de travail.

"Moratoire à l'installation"

Ce moratoire concerne les médecins installés **pour la première fois** depuis moins de 5 ans :

→ les patients qui consultent un médecin installé depuis moins de 5 ans ne sont pas pénalisables, même s'il n'est pas leur médecin traitant.

Aucune case n'a été prévue pour cette situation sur les feuilles de soins (papier ou électroniques).

D'autre part, certaines caisses d'Assurance Maladie ne respectent toujours pas cette clause de la Loi, d'autres cherchent tous les moyens d'éviter de l'appliquer (exemple : prétention de faire débuter l'installation au début de l'activité libérale en remplacement!).

Si c'est le cas chez vous et que vous êtes récemment installé, en cas de consultation d'un patient dont vous n'êtes pas le médecin traitant, nous vous conseillons d'utiliser les possibilités de codage du parcours de soins (MTH, MTR, MTU) et/ou de mentionner en clair sur la feuille de soins "Installé de moins de 5 ans", par exemple dans l'espace pévu pour le nom du médecin traitant.

Plus d'informations :

http://www.snjmg.org/infos/moratoire.html

Médecins associés

La Loi de financement de la sécurité sociale n°2005-1579 du 19 décembre 2005 (JO n°295), dans son article 37, stipule que :

« *Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l' article L. 6323-1 du code de la santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants* . »

Des mois après la parution de ce texte de Loi, de nombreuses caisses d'Assurance Maladie persistent à faire la sourde oreille, ou prétendent obliger les médecins à coder MTR sous peine de mauvais remboursement des patients.

Face à l'inadaptation récurrente des outils de gestion de l'Assurance Maladie aux réformes du système de soins, cette pseudo solution n'est pas admissible, totalement inadéquate à la pratique concrète quotidienne dans un cabinet de groupe, tant pour les installés du groupe que pour leurs remplaçants !

Par exemple, dans le cas d'un médecin qui remplace deux ou plusieurs médecins à la fois, c'est ingérable !

Il faut refuser d'en rester là, sinon la situation va durer ad vitam aeternam.

Au niveau individuel, il faut protester autant que faire ce peut et engager les patients à protester à chaque anomalie de remboursement constatée.

Au niveau de l'action collective, contactez vos collègues locaux afin d'envisager des protestations concertées, syndiquez-vous et utilisez les services mis à votre disposition par vos syndicats pour améliorer votre exercice quotidien!

Règles de remplissage des feuilles de soins papier

Rappel : ne pas coter sur la même ligne les actes en NGAP (*) et ceux en CCAM

(*) Faire de même avec les majorations issues de l'ancienne nomenclature.

Modèle de feuille de soins à utiliser : S3110 i

Quelques exemples (Tarifs de métropole) :

ECG en journée
Suture de plaie de peau inférieure à 3 cm un dimanche de garde régulée
ECG en visite obligeant à quitter le cabinet pendant les consultations
Évacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct (hors face ou mains) puis fermeture par suture (< 3 cm)
Séance de destruction de 1 à 10 lésions cutanées superficielles, par agent chimique ou par cryothérapie de contact en dehors de la face
Exérèse de naevus ou tumeur maligne de moins de 5 cm2
Urgence psychiatrique avec délivrance à domicile d'un certificat d'internement
Consultation en tiers payant total d'un patient bénéficiaire de la CMU complémentaire

ECG en journée

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)

date des actes	code des actes	activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement I.D. M.D.	nbre	I.K. montant
1 0 0 1 2 0 0 8	D E O P 0 0 3 1				1 3 . 5 2				
1 0 0 1 2 0 0 8			C		2 3 . 0 0				

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL en euros (1 + 2 + 3)	3 6 , 5 2

Suture de plaie de peau inférieure à 3 cm un dimanche de garde régulée

CONDITIONS de PRISE en CHARGE des SOINS (à remplir par le médecin)

X **MALADIE** exonération du ticket modérateur non X oui (si oui, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD | action de prévention | personne visée à l'art. L. 115 | autre

accident causé par un tiers : non | oui | date

MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP numéro ou date

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-des... ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)
nom et prénom du médecin traitant :

accès direct spécifique | urgence X | hors résidence habituelle | médecin traitant remplacé | accès hors coordination

Case à cocher en garde si vous n'êtes pas le médecin traitant, pour le bon remboursement du patient (et de vous-même en cas de tiers payant), et malgré l'évidence de la situation. Encore une absurdité administrative à combattre !

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)

date des actes	code des actes	activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement I.D. M.D.	nbre	I.K. montant
1 0 0 1 2 0 0 8	Q Z J A 0 0 2 1			M	5 0 . 4 7				
1 0 0 1 2 0 0 8				CRD	2 6 . 5 0				

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL en euros (1 + 2 + 3)	7 6 , 9 7

l'assuré[e] n'a pas payé la part obligatoire X | l'assuré[e] n'a pas payé la part complémentaire

Les majorations de garde, majorations conventionnelles spécifiques aux médecins généralistes, doivent être placées sur une autre ligne que les actes en CCAM.

En garde régulée, les patients ont droit à la dispense d'avance de frais sur la part obligatoire (avenant conventionnel n°8)

COPYRIGHT

Cet outil a été conçu par un médecin membre du SNJMG (Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes) qui le met à la disposition des médecins sur son site,

http://www.snjmg.org/

à l'adresse :

http://www.snjmg.org/infos/page_nomenclature/nomenclature_des_actes_medicaux_snjmg.html

Vous y trouverez d'autres outils, ainsi que dans les autres parties du site, utiles aux étudiants en médecine, aux médecins hospitaliers, aux médecins généralistes remplaçants et aux médecins généralistes installés.

Il est interdit de reproduire, représenter, ou distribuer tout ou partie de ces éléments, sous quelque forme que ce soit. Si la diffusion de cet outil vous semble utile, merci de renvoyer à l'origine du fichier c'est à dire :

S.N.J.M.G. ; www.snjmg.org

© SNJMG